

IV CONGRESSO INTERNACIONAL
DE CIRURGIA GERAL 2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC



14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto/SP

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

Local

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

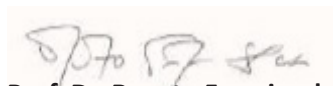
Prezados Colegas e Estudantes.

O IV Congresso Internacional de Cirurgia da FAMERP / FUNFARME foi um sucesso, com professores palestrantes de varias instituições brasileiras e um colega internacional do Kings College de Londres. Mais de 600 participantes de 18 estados brasileiros inclusive tivemos a honra de receber colegas do nosso querido estado do Amazonas, também recebemos mais de 200 trabalhos de todos os níveis científicos desde relato de casos os quais dão as primeiras oportunidades aos jovens estudante ate trabalhos clínicos e experimentais com nível para metrado e doutorado.

A comissão científica premiou três trabalhos o primeiro lugar foi da Clínica Reis Neto - Campinas - Sao Paulo, intitulado CONTEUDO TECIDUAL DE SULFOMUCINAS E SIALOMUCINAS NA MUCOSA COLICA DESPROVIDA DE TRANSITO INTESTINAL SUBMETIDA A INTERVENÇÃO COM CURCUMA L. (CURCUMINA) tendo como autores Regina Greilberger, Andressa M. Garisto, Antonio José Tiburcio Alves Jr, Sergio Oliva Banci, Joaquim Simões Neto e Carlos Augusto Real Martinez; o segundo lugar foi da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul - Campo Grande - Mato Grosso do Sul, intitulado de VIVENCIAS DO “PROJETO PRIMEIROS PASSOS EM CIRURGIA”: UM RELATO DE EXPERIENCIA tendo como autores Maria Carolina Garbelini, Juliana Viana Câmara, Samer Majid Ghadie, Luiz Henrique Bernardinelli Lopes, Samira Dias dos Passos, Flávio Renato de Almeida Senefonte e o terceiro lugar foi da FAMERP intitulado AVALIAÇÃO DA PREVALENCIA DE SINDROME DE DUMPING PRECOCE EM PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA BARIATRICA e teve como autores Roberto Lazilha Faleiros, Karina Naves Pereira, Rogério Prado Pereira, Nazir Elias Chalela Ayub, Gilberto Borges Brito, Thiago Sivieri.

Neste ano também tivemos pela primeira vez a oportunidade de utilizar o novo e confortável Anfiteatro da FAMERP.

Esperamos vocês no próximo ano!



Prof. Dr. Renato Ferreira da Silva

Presidente do IV Congresso Internacional de Cirurgia Geral FAMERP / FUNFARME



IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIRURGIA GERAL 2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



A COMPLEXIDADE DO DIAGNÓSTICO DA PANCREATITE AGUDA: RELATO DE CASO

Fernanda Cristine Zanotti, Lorena de Freitas Diogo, Mariana Zeitune de Oliveira Pereira, Amanda Oliva Spaziani, Leonardo Faidiga, Márcio Vinicius Dores Renesto

Universidade Brasil

O pâncreas é um órgão produtor de sucos digestivos pancreáticos (produção exócrina), e hormônios do metabolismo intermediário (endócrina). A pancreatite geralmente é causada por cálculos biliares ou ingestão acentuada de álcool (60-70%), mas pode ser induzida por drogas, e condições hereditárias, como a hipertrigliceridemia (comum em crianças e adultos jovens), e idiopática. A maioria dos pacientes apresenta uma evolução branda e autolimitada; entretanto, de 10% a 20% dos pacientes têm uma resposta inflamatória rapidamente progressiva associada à duração prolongada da estadia no hospital, além da morbimortalidade significativa.

Relato de caso obtido por meio de revisão de prontuário médico e revisão literária.

Masculino, 53 anos, queixa de dor intensa em epigástrio, em cólica, irradiada para dorso e hipogástrio há 2 semanas, refere que há 2 dias houve acentuação da dor, associada à náuseas e 4 episódios de vômitos, nega febre. Refere colúria e acolia fecal. História de etilismo social. Apresentava elevação das enzimas pancreáticas e ao ultrassom de abdômen apresentou sinais ecográficos sugestivos de pancreatite aguda e barro biliar e microcálculos em vesícula biliar e no escore de Ranson baixa probabilidade de pancreatite aguda. Entretanto, as hipóteses diagnósticas se mantiveram em pancreatite aguda e síndrome coleostática. Conduta: internação, analgesia e tratamento sintomáticos após a confirmação de pancreatite aguda. Após o tratamento o paciente evoluiu sem complicações.

O diagnóstico de pancreatite pode ser difícil, pois os sintomas podem simular outra doença, ele geralmente é feito por história, exame físico e exames laboratoriais. Uma vez que o diagnóstico é feito, é necessário que haja a realização de testes complementares para identificar a causa. Para prever a gravidade são usados critérios clínicos, laboratoriais e radiológicos. São solicitados exames na admissão do paciente e após 48/72 horas de internação. Possuem baixa especificidade (alta taxa de falsos positivos). Os casos graves são associados ao desenvolvimento de sepse e insuficiência prolongada do órgão. O objetivo do tratamento é aliviar a inflamação pancreática, e corrigir a causa. Portanto, é essencial dieta pobre em gorduras, abstinência do álcool e o alívio da dor abdominal, com a adição de enzimas pancreáticas se necessário e controle de deficiências nutricionais.

Palavras chave: Pancretite; pancreatite aguda; colelitíase.



A HERNIORRAFIA INGUINAL LEVA A INFERTILIDADE MASCULINA?

Giovanna Emanuella Piffer Soares Arantes, Edmundo Vieira Prado Neto, Juliana Pascon Dos Santos

Universidade de Marília

O efeito do reparo de hérnia inguinal sobre a fertilidade masculina como consequência da obstrução vasal e/ou lesão ao cordão espermático e infertilidade não está bem estabelecido. O objetivo deste trabalho é alcançar abordagem baseada em evidências de alto nível que indiquem se a cirurgia para reparo de hérnia inguinal leva à infertilidade masculina. Revisão de estudos primários, com busca nas bases de dados Pubmed e Embase com os unitermos “adult, male ,bilateral inguinal herniorrhaphy, bilateral inguinal hernia surgery infertility”. Foram encontrados 41 artigos no Pubmed e 28 no Embase. Após a leitura, 4 estudos foram selecionados. O estudo de Shin et al relatou apenas 14 casos de azoospermia secundária a obstrução vascular inguinal relacionada à herniorrafia de malha de polipropileno. O estudo não alocou os pacientes conforme a técnica cirúrgica nem conforme a localização anatômica, o que gera viés no estudo. Também não apresentou o percentual de infertilidade sob o número total de herniorrafias realizadas. Magnus Hallén et al, 2011 aplicou um questionário para um grupo de homens que foram submetidos a reparo bilateral com tela. Os resultados não apoiam a hipótese de que a reparação da hérnia inguinal bilateral com tela provoca infertilidade masculina em uma taxa maior do que aqueles operados sem tela. Em 2012, Magnus Hallén et al analisou homens com história de pelo menos 1 reparo de hérnia inguinal e verificou a taxa de infertilidade. Destes, 233 receberam o diagnóstico de infertilidade masculina após a primeira cirurgia. Os homens com reparo de hérnia bilateral tiveram um risco maior de infertilidade quando a tela foi usada em ambos os lados. Em 2016, Gvenetadze et al dividiu pacientes em dois grupos: submetidos à reparação bilateral da hérnia de Lichtenstein e pacientes operados por herniorrafia bilateral pelo método de Gvenetadze. Houve oligospermia e redução da composição quantitativa do esperma em 30% apenas no primeiro grupo. No segundo, nenhuma diferença significativa foi registrada. 68 pacientes tiveram filhos após a cirurgia pelo método Gvenetadze. Os estudos encontrados não apresentam evidência de alto nível que permitam chegar a conclusões sólidas. Esperam-se futuros estudos multicêntricos que, conduzidos por desenhos de estudo rigorosos, possibilitem encontrar respostas quanto à associação herniorrafia inguinal e infertilidade.

Palavras chave: Hérnia, Infertilidade, Cirurgia



A IMPORTANCIA DA IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DE ABDOME AGUDO PERFURATIVO: UM RELATO DE CASO

Lorena de Freitas Diogo, Mariana Zeitune de Oliveira Pereira, Fernanda Cristine Zanotti, Amanda Oliva Spaziani, Leonardo Faidiga, Marcio Vinicius Dores Renesto

UNIVERSIDADE BRASIL

O termo abdome agudo trata-se de sinais e sintomas de dor e sensibilidade abdominal, uma manifestação clínica que, em geral, requer terapia cirúrgica de emergência. Em especial o abdome agudo perfurativo é o que mais causa peritonite. A dor é de forte intensidade, caracterizando abdome em tábua. O diagnóstico é feito, principalmente, pelo pneumoperitônio, exame físico e história anterior de úlcera. Portanto, todo esforço deve ser feito para ter o diagnóstico correto a fim de que a terapia escolhida, em geral por laparoscopia ou laparotomia, seja apropriada e precoce. Relato de caso obtido após revisão de prontuário médico e revisão literária. Sexo Feminino, 83 anos, com queixa de dor abdominal há aproximadamente 30 horas, de forte intensidade, tipo lancinante, constante e progressiva, inicialmente em epigástrico, evoluindo difusamente, e irradiando para ombro esquerdo. Sem fator de melhora, com piora mediante a esforço abdominal. Refere parada evacuatória e de flatos há 2 dias. Portadora de síndrome metabólica, hipotireoidismo e insuficiência cardíaca. Ao exame físico apresentou regular estado geral, taquicárdica, descorada e desidratada e ao exame abdominal apresentou abdômen globoso, distendido, rígido, ruídos hidroaéreos ausentes, doloroso a palpação, hipertimpânico, sinal de descompressão brusca positivo difusamente, sinal de Jobert e Dunphy positivo. Os exames laboratoriais demonstraram quadro infeccioso e o raio-x sinalizou abdome agudo com pneumoperitônio bilateral. A conduta adotada foi laparotomia explorada de emergência, identificação de úlcera duodenal anterior perfurada, e feito a revitalização de bordas e rafia de úlcera. Ocorreu a alta hospitalar sem intercorrências e encaminhamento para acompanhamento ambulatorial. A anamnese detalhada direcionando o exame físico é fundamental e será a base que orientará a condução do tratamento precoce e o restabelecimento do paciente. Devido a sua gravidade, faz-se necessária condutas diagnósticas e terapêuticas urgentes. Devemos rapidamente identificar um paciente cirúrgico em abdome agudo perfurativo, dependendo do tempo de perfuração e contaminação da cavidade abdominal, o paciente pode apresentar-se rapidamente em sepse. O tratamento cirúrgico varia de simples ulcerorrafia e tamponamento com epíplon até ressecções gástricas e/ou intestinais e vagotomia.

Palavras chave: Abdome agudo; abdome agudo perfurativo; laparotomia.



A IMPORTANCIA DO DIAGNOSTICO E MANEJO DO ABDOME AGUDO – RELATO DE CASO

Juliana Oliveira de Miranda, José Tadeu Carvalho Martins, Antonio Carlos Bulian Junior, Julianny Guerra Rodrigues, Katrynni Oliveira Rodrigues

Universidade de Vila Velha - Vila Velha - Espírito Santo - Brasil

Abdome agudo se manifesta de forma súbita com sintomas que persistem geralmente por mais de 6 horas, tendo a dor abdominal como principal queixa. É classificado em perfurativo, obstrutivo e isquêmico de acordo com sua provável etiologia. O objetivo deste relato é atentar para o manejo do abdome agudo e sua rápida evolução através de um caso de internação de um paciente inicialmente sem queixas abdominais. Paciente, masculino, 66 anos, branco, diabético descompensado, etilista e ex-tabagista, fez uso de cefalexina por 7 dias devido a celulite em membro superior, sem melhora. Na admissão os exames apresentavam glicemia de 493 mg/dL, ureia 92 mg/dL e plaquetas de 292 mil/mm³ com granulações tóxicas. Foi realizada drenagem cirúrgica da celulite, insulina regular e antibioticoterapia endovenosa (EV), inicialmente com oxacilina, posteriormente com ceftriaxona e clindamicina, porém, após 2 dias evoluiu para abdome agudo, anúria e pressão arterial de 77/40 mmHg, apresentava constipação há 3 dias, além de radiografia de tórax com pneumoperitônio, sendo submetido a laparotomia exploradora com diagnóstico de úlcera duodenal perfurada. Realizada duodenorrafia, prescreveu-se então metronidazol, vancomicina, cefepime e omeprazol EV e o paciente evoluiu para lesão renal aguda. As informações foram obtidas por meio da revisão da literatura e de prontuário, após autorização. Entre os efeitos adversos gastrointestinais pelo uso de cefalexina pode-se citar a gastrite que por sua vez, é intensificada por fatores como idade superior a 60 anos, tabagismo, etilismo e doenças graves. O agravamento da gastrite pode implicar em úlcera péptica e 2 a 10% das úlceras podem perfurar e resultar em abdome agudo. Vale ressaltar ainda que a diabetes melitus é um fator de risco independente para úlceras perfuradas. A frequência de diagnósticos errados do abdome agudo em pacientes idosos é alta e associada a maiores taxas de mortalidade que é aumentada significativamente quando a causa é úlcera perfurada e seu diagnóstico demora 24 horas ou mais. Desta forma, nota-se a importância de exames clínico e complementares para o correto manejo e diagnóstico do paciente, não o submetendo a riscos desnecessários como o aumento das chances de desfechos negativos.

Palavras chave: Abdome agudo. Cefalexina. Úlcera péptica perfurada. Diabetes descompensada.



ABDOME AGUDO HEMORRAGICO POR CARCINOMA HEPATOCELULAR

José Maurício Caldeira Filho, Fernanda Zamperlini, Rodrigo Tadeu Rodrigues Silvestre, Samuel Gama Veneziano

Santa Casa de Misericórdia -São José do Rio Preto

Dentre os tumores originados no fígado, o mais frequente é o hepatocarcinoma. Atualmente é o sexto tipo de câncer mais comum com alta taxa de mortalidade e com aumento da incidência em todo o mundo. Sua etiologia geralmente está ligada a fatores ambientais, dietéticos ou de estilo de vida. Tem sua maior prevalência em pacientes com cirrose hepática. Análise de prontuário. Relato de Caso. Paciente M.B., 43 anos, sexo masculino, deu entrada no serviço de emergência do Hospital Santa Casa de Misericórdia de São José do Rio Preto com quadro de dor abdominal de forte intensidade, difusa, com uma semana de evolução e piora há 1 dia, hipotenso e taquicárdico com sinais de peritonite. Paciente sem comorbidades. Foram colhidos exames laboratoriais evidenciando leucocitose. Foi indicado laparotomia exploradora de urgência sem exames de imagem complementar devido sinais clínicos de instabilidade. Durante o intraoperatório foi evidenciado grande quantidade de sangue livre em cavidade abdominal e tumoração hepática com sinais de sangramento ativo no segmento VII. Foi realizado ressecção de lesão hepática e controle de hemorragia. O paciente foi transferido para unidade de tratamento intensivo após o procedimento necessitando de transfusão sanguínea e antibióticoterapia, recebendo alta da UTI no terceiro pós operatório. Foram realizadas sorologia para hepatites todas negativas. Evoluiu estável com melhora do quadro com alta hospitalar após 10 dias de internação com encaminhamento para oncologia clínica. Anatomopatológico da lesão: Hepatocarcinoma de padrão Trabecular. Paciente segue em acompanhamento ambulatorial com o serviço de oncologia clínica do mesmo serviço. Apesar do carcinoma hepatocelular ser um subtipo de câncer com alta etiologia, sua evolução como abdome agudo hemorrágico não é frequente. O presente caso tem sua relevância por evidenciar o quadro em um paciente sem fator de risco ou hábito de vida que poderiam pré dispor a este tipo de patologia. Isso evidencia e está de acordo com pesquisas recentes sobre hepatocarcinoma, que mostram que sua etiologia aumenta a cada ano abrangendo um maior número de pessoas com diferentes casos clínicos não tendo os mesmos fatores de risco como fatores predisponentes.

Palavras chave:Hepatocarcinoma, Carcinoma hepatocelular

IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIRURGIA GERAL 2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



ABORDAGEM NEUROCIRURGICA COM POTENCIAL EVOCADO SOMATOSSENSITIVO TRANSOPERATORIO NA MALFORMAÇÃO DE ARNOLD-CHIARI

João Vitor Mortari Lisboa

Universidade de Araraquara

A malformação de Arnold-Chiari se apresenta como uma má formação na fossa posterior do crânio, uma desproporção espacial na acomodação do cerebelo, tronco encefálico, sangue e líquido. Essa falta de espaço pode fazer com que estruturas avancem sobre o canal raquidiano, levando a compressão do bulbo e da medula cervical alta, desencadeando uma sintomatologia bastante acentuada. Tal deformidade tem origem principalmente em causas congênitas, mas também pode ocorrer secundária a outras doenças ou procedimentos cirúrgicos.

Abordar os distúrbios evidenciados na malformação de Arnold-Chiari, analisando seu quadro clínico e evolução, amparado nos mais recentes conhecimentos sobre a patologia. Como também, elucidar os métodos diagnósticos, e manejo terapêutico neurocirúrgico empregado nos casos da malformação de Arnold-Chiari.

As manifestações clínicas são bastante variáveis e diversas, dependendo do nível de compressão exercida sobre as estruturas nervosas e vasculares, podendo ser encontrado: cefaleia occipital, cervicalgia posterior, vertigem, sensação de desfalecimento, em especial ao fazer hiperextensão do pescoço, dispneia, paresias de nervos cranianos, paresias de membros superiores e inferiores, entre outros. A associação com outras doenças e mal formações intensificam ainda mais a sintomatologia. Seu diagnóstico se dá principalmente com as imagens da ressonância magnética. O seu tratamento de escolha é neurocirúrgico, sendo indicado para os casos sintomáticos, e através do potencial evocado somatossensitivo transoperatório (PESST) é possível realizar o procedimento de forma segura, pois, esse, informa quando ocorre lesão no Sistema Nervoso, possibilitando o neurocirurgião parar a agressão, e modificar o modo como está sendo feita a operação.

O conhecimento e entendimento sobre a malformação de Arnold-Chiari se mostram importantes tanto no cenário clínico quanto cirúrgico, sendo sua identificação precoce fundamental para a indicação a um tratamento adequado, que possa minimizar a sintomatologia, e possibilitar uma melhora na qualidade de vida do paciente.

Palavras chave: Malformação de Arnold-Chiari. Potencial evocado somatossensitivo transoperatório. Neurocirurgia.



ADENOCARCINOMA PANCREÁTICO COM MANIFESTAÇÕES ICTERICAS: RELATO DE CASO

Nycolle Arantes Torres Carvalho, Gustavo Rivelli Lamboglia, Rodolpho César Oliveira Mellem Kairala, Isabella da Cruz Pizarro, Guilherme Rivelli Lamboglia, Amanda Oliva Spaziani

Universidade Brasil

O câncer pancreático apresenta extensos problemas diagnósticos e terapêuticos, apesar dos inúmeros avanços tecnológicos. O diagnóstico precoce é feito em pequeno número de casos, incidindo frequentemente no sexo masculino e na faixa etária de 40 a 70 anos. Sua etiologia é desconhecida, sendo sua ocorrência familiar rara, pode estar associada à Síndrome Gardner e pancreatite familiar. O tumor maligno não endócrino do pâncreas mais frequente é o adenocarcinoma, sendo sua localização mais comum na cabeça do pâncreas seguido do corpo e cauda. A única perspectiva de cura é dada pela ressecção do tumor. Relato de caso obtido após revisão de prontuário médico e revisão literária. Feminino, 52 anos, com queixa de icterícia, colúria e acolia fecal há 18 dias, associado dor abdominal em região epigástrica com irradiação para flancos e região posterior, com duração de aproximadamente 10 minutos após alimentação. Em tratamento para anemia e histórico de perda de 4kg no último mês. Realizado Colangioproctografia constatando dilatação das vias biliares intra e extra hepáticas com afilamento do colédoco por compressão extrínseca. Realizado RNM de abdome superior que sugeriu processo infiltrativo pancreático de natureza indeterminada, associado a pequenos focos císticos de permeio, dilatação moderada das vias biliares intra e extra-hepáticas e do ducto pancreático principal. Submetida à laparotomia, observou-se massa tumoral na cabeça do pâncreas de 6 cm de extensão, envolvendo pequena parte do duodeno. Realizou-se duodenopancreatectomia. A paciente recebeu alta hospitalar sem intercorrências ou complicações, encaminhada para acompanhamento ambulatorial conjunto com oncologia. O adenocarcinoma do pâncreas é uma doença maligna responsável por mais de 24.000 novos casos de câncer e de 20.000 mortes anualmente. É a quarta causa mais comum de morte por câncer em homens e a quinta entre as mulheres. A laparoscopia auxilia no diagnóstico diferencial das icterícias e principalmente no estadiamento da neoplasia e contribui substancialmente para a escolha da conduta terapêutica. O tratamento do câncer de pâncreas continua sendo um desafio ainda não satisfatoriamente solucionado. As opções terapêuticas incluem cirurgia, quimioterapia e radioterapia. O tratamento operatório representa a única possibilidade de cura e sempre que possível deve ser realizado.

Palavras chave: Adenocarcinoma pancreático; câncer de pâncreas; duodenopancreatectomia



ADENOCARCINOMA TUBULAR MODERADAMENTE DIFERENCIADO EM PACIENTE FEMININA DE 41 ANOS: RELATO DE CASO

Juliana Zolin de Almeida Lopes, Amanda Oliva Spaziani, Carolina Folini, Milena Sampaio Pantaleão Garcia Gomes, Clerson Rodrigues Manaia, Cleidjane Furtado Rezende

Universidade Brasil

O câncer colorretal tem alta incidência populacional e alto índice de mortalidade. O mais desfavorável aspecto do câncer de cólon está ligado ao diagnóstico e decorre do silencioso desenvolvimento da lesão e do longo período em que ela permanece assintomática. Os sintomas são incertos e intermitentes de tal modo que são facilmente confundidos com os fenômenos dispépticos dolorosos ou não, cujo fator etiológico pode ter relações gastroduodenais, intestinais e colicistopáticas. O diagnóstico se dá através do acesso laparoscópico, que tem sido o mais utilizado para exérese e estadiamento de tumores malignos, incide principalmente no sexo masculino e na faixa etária a partir dos 40 anos. Sua causa é desconhecida, sendo sua ocorrência familiar comum. O tumor maligno mais frequente é o Adenocarcinoma. Trata-se de um relato de caso realizado a partir de informações do prontuário do paciente. Feminino, 41 anos, deu entrada em serviço de pronto atendimento com dor aguda e intensa em flanco esquerdo associada a vômitos e febre há 2 dias. Ao exame físico: corada, desidratada, acianótica, anictérica, nutrida, febril e eupneica. Exame abdome demonstrando ruídos hidroaéreos diminuídos, dor à palpação abdominal superficial e profunda, massa palpável em fossa ilíaca esquerda e descompressão brusca dolorosa. No hemograma solicitado pela equipe médica apresentou leucocitose com desvio à esquerda. A paciente foi submetida a uma laparotomia exploradora devido a hipótese diagnóstica de abdômen agudo inflamatório e tumor de cólon descendente. Durante o procedimento foi retirado um pedaço de intestino medindo 20,4 centímetros de extensão e 4 de diâmetro. Após análise do material, foi constatado um adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado (grau II) e ulcerado que comprometia até o tecido adiposo perintestinal. A paciente apresentava metástase em 1 dos 15 linfonodos isolados. Após o procedimento cirúrgico e a quimioterapia, evoluiu sem complicações. O mais desfavorável aspecto do câncer de cólon está ligado ao diagnóstico e decorre do silencioso desenvolvimento da lesão e do longo período em que ela permanece assintomática. O tratamento do adenocarcinoma inclui remoção cirúrgica e cuidados com complicações. Se o diagnóstico for tardio, a cirurgia pode inviável, restando a quimioterapia ou radioterapia, que também pode ser complementar a remoção cirúrgica.

Palavras chave: adenocarcinoma, câncer de intestino, adenocarcinoma tubular

IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIRURGIA GERAL 2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



ADENOCARCINOMA TUBULAR, PAPILIFERO MODERADAMENTE DIFERENCIADO DE APENDICE CECAL

Eduardo Sônego Toledo, José Maurício Caldeira Filho, Murilo Assis Silva, Aline Patricia Soares Dias Souza, Edson Garcia Fontes

SANTA CASA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SAO JOSE DO RIO PRETO

Neoplasias malignas primárias de apêndice cecal são raras – com incidência de 1-2 casos por 100.000 habitantes. Os adenocarcinomas representam 0,2% a 0,5% de todas as neoplasias gastrointestinais. O quadro clínico é inespecífico e pode sugerir apendicite aguda, devendo os profissionais atentarem-se ao resultado anatomopatológico (AP) das apendicectomias para complementação do tratamento com hemicolectomia direita. Análise de prontuário. L.F.L.F., 29 anos, feminina, atendida na Santa Casa de Misericórdia de São José do Rio Preto com dor em hemiabdomine a direita, há quinze dias, intensidade 9/10, associada a febre e diarreia. Exame físico: Abdome globoso, ruído hidroaéreo diminuído, doloroso a palpação em hemiabdomine direito, mais intensa em fossa ilíaca direita, descompressão brusca negativa. Sem outras alterações. Antecedentes: obesidade, hipotireoidismo, hipertensão e diabetes. Em uso de levotiroxina 50 mcg, losartana 50mg + hidroclortiazida 12mg e metformina 850mg ao dia. Hemograma com leucocitose, sem desvio a esquerda e urina 1 com leucocitúria discreta. TC de abdome: apêndice cecal aumentado, 3,0 cm no seu maior eixo ântero-posterior, retrocecal, obliteração da gordura adjacente e linfonodomegalia, sugerindo apendicite aguda complicada com abscesso de ponta. Internação com amoxicilina + clavulanato 500mg/100mg 2 ampolas de 8/8 horas. À laparotomia: apêndice aumentado, abscesso intrapendicular e pequena quantidade de líquido purulento. AP: adenocarcinoma tubular, papilífero, moderadamente diferenciado e invasor até o limite da camada muscular. Estadiamento: pT1N0, Dukes A, sendo realizada, no 10º PO, hemicolectomia direita. AP: lesão polipóide a 7,5cm da margem cirúrgica cecal, adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado, superficialmente invasor com pedículo adiposo livre de infiltração tumoral, margens cirúrgicas e linfonodos livres de neoplasia. Estadiamento: pT1N0. Paciente com boa evolução e encaminhada para avaliação de tratamento. O adenocarcinoma de apêndice cecal é raro, de difícil diagnóstico e apresenta indicação de hemicolectomia direita independentemente do tamanho da lesão primária, pois há aumento significativo da sobrevida. Este estudo mostra a importância do segmento pós operatório e acompanhamento rigoroso do produto enviado à patologia, visto que este tumor geralmente não se apresenta com a clássica síndrome carcinoide.

Palavras chave: Adenocarcinoma; apêndice; apendicite

IV CONGRESSO INTERNACIONAL
DE CIRURGIA GERAL

2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP

ANALISE DA MORTALIDADE POR PROJÉTIL DE ARMA DE FOGO EM HOSPITAL GERAL DE CAPITAL NORDESTINA NO PERÍODO DE 2011 A 2015, O PERFIL DOS ACIDENTES E DOS PACIENTES.

Marcelo Silva Pinheiro, Ilma Ferreira de Oliveira, Kalleu Leonardo Antão, Fernando Henrique de Oliveira Santa Maria, Lúcio Wagner Torres Carvalho, Alan Blendo Bonfim Correia

UNCISAL

Mundialmente, cinco milhões de mortes anuais ocorrem devido à violência. No Brasil, o projétil de arma de fogo (PAF) é caracterizado como maior causa de homicídios, no qual em 2014 representou mortalidade de 44.861 das vítimas, o que correspondeu a 76,1% dos homicídios do País. Desta forma, estudar o perfil, analisando as causas e circunstâncias desses agravos, torna-se fundamentais para o desenvolvimento de estratégias de promoção à saúde e prevenção destes agravos. Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, longitudinal e retrospectivo, por meio de análise dos prontuários dos pacientes internados em um Hospital de urgência e emergência, as variáveis estudadas foram: hora da ocorrência, Meio de locomoção até o hospital, idade, sexo, tipo de conduta adotada, região corporal afetada e evolução do paciente. Foram coletados dados de 17.252 prontuários sobre atendimentos por trauma, sendo que 17,2% (2.984) destes atendimentos foram devido a ferimento por arma de fogo, desses 13,3% (397) foram a óbito, sendo este o objetivo do presente estudo. Constatou-se que a faixa etária prevalente está entre 20 e 39 anos representando 60,7%. O sexo masculino prevaleceu com 95,21%, predominando com 46,3% o horário de óbito entre 18h00min e 23h59min. Quanto o meio de condução até o hospital 48,61% foi conduzido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). No que diz respeito ao tratamento 27,21% receberam apenas tratamento clínico, 72,79% tratamento cirúrgico destes 35,64% foram submetidos à Laparotomia exploradora. O presente estudo, sobre o perfil das vítimas de homicídios por arma de fogo evidenciou um índice de 13,3% de pacientes internados que foram a óbito, os indivíduos adultos jovens do sexo masculino tiveram maior prevalência. Sendo assim, esta pesquisa contribui com visibilidade dos homicídios por arma de fogo, objetivando identificar os grupos de risco, assim como, proporcionando subsídios importantes para o planejamento de políticas públicas efetivas direcionadas à segurança pública e a saúde.

Palavras chave: Epidemiologia, arma de fogo, violência



ANALISE DAS TENTATIVAS DE SUICÍDIO INTERNADAS NO HOSPITAL GERAL EM CAPITAL DO NORDESTE BRASILEIRO NO PERÍODO DE 2011-2015

Ilma Ferreira De Oliveira, Kalleu Leonardo Antao, Lúcio Wagner Torres Carvalho, Fernando Henrique de Oliveira Santa Maria, Marcelo da Silva Pinheiro, Alan Blendo Bonfim Correia

UNCISAL

O comportamento suicida é um fenômeno complexo, que pode acometer qualquer faixa etária, e que apresenta diversas especificidades. O presente trabalho objetivou analisar o perfil dos pacientes internados por tentativa de suicídio em hospital geral de uma capital do nordeste brasileiro no período de 2011 a 2015. Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, longitudinal, e retrospectivo, por meio de análise dos prontuários dos pacientes internados no Hospital Geral de urgência e emergência. As variáveis estudadas foram: hora e local da ocorrência, meio de locomoção até o hospital, idade, sexo, tipo de conduta adotada, e evolução do paciente. Foram avaliados no total 497 prontuários. Na avaliação da faixa etária a idade mais acometida foi de 20 a 39 anos com 266 casos (53,5%), seguido de 40 a 59 anos com 109 (21,9%), com predominância no sexo feminino com 283 casos (56,9%), e masculino com 214 (43,1%). Mais frequentes principalmente à noite, com 195 casos (39,2%), seguido do horário vespertino com 149 (30%), matutino com 86 (17,3%), a madrugada foi o turno com menor taxa com 67 (13,5%). Com relação ao meio de locomoção o carro particular representou 222 casos (44,7%), seguido de outras ambulâncias que foram responsáveis por 138 casos (27,8%), o serviço de atendimento móvel de urgência (unidade básica) representou 121 casos (24,3%), a unidade avançada com 12 (2,4%), e os bombeiros com 4 (0,8%). Com relação à escala de coma de Glasgow, a maioria dos prontuários não possuía essa informação, 318 (64%). A escala entre 3 e 8 apresentou 13 casos (2,6%), entre 9 e 12 estavam com 8 (1,6%), e 158 casos (31,8%) entre 13 a 15. Os procedimentos cirúrgicos foram realizados em 62 casos (12,5%), já a conduta conservadora em 435 (87,5%). Quanto a evolução, 400 casos (80,5%) obtiveram alta e 58 (11,7%) foram transferidos. A taxa de letalidade de foi 39 casos (7,8%). O estudo demonstra a importância do agravo para a saúde pública, e a direta relação com jovens do sexo feminino.

Palavras chave: Causas externas, Tentativa de suicídio, Urgência.

IV CONGRESSO INTERNACIONAL
DE CIRURGIA GERAL

2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



ANALISE DO PERFIL DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES VITIMAS DE QUEDAS ATENDIDAS EM HOSPITAL GERAL DE UMA CAPITAL NORDESTINA NO PERÍODO DE 2011 A 2015

Ilma Ferreira de Oliveira, Lucio Wagner Torres Carvalho, Kalleu Leonardo Antao, Fernando Henrique de Oliveira Santa Maria, Alan Blendo Bonfim Correia, Hete Aguida Dos Santos

UNCISAL

Os atendimentos a vítimas de quedas na pediatria são uma preocupação constante, e cursa com taxas elevadas de atendimentos de urgência e emergência. O objetivo desse trabalho é analisar o perfil dos atendimentos a crianças e adolescentes vítimas de quedas atendidas num Hospital do Nordeste brasileiro no período de 2011 a 2015.

Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, transversal e retrospectivo, por meio de análise dos prontuários dos pacientes em hospital de urgência e emergência. As variáveis estudadas foram: idade, sexo, hora, local e dia da ocorrência, meio de locomoção até o hospital, região corporal afetada, tipo de conduta adotada, evolução do paciente. Foram avaliados 939 prontuários, com predominância no sexo masculino com 728 casos (77,5%). A faixa etária mais acometida foi dos adolescentes, de 10 a 19 anos, com 473 casos (50,4%). Quanto meio de condução, 495 (52,7%) se locomoveram de modo particular, seguido de ambulâncias do interior do estado com 324 (34,5%). Tais atendimentos foram mais frequentes das 11h59min às 17h59min com 385 (41%), e de menor frequência entre 23h59min às 05h59min com 29 (3,1%). As regiões corporais mais acometidas foram os membros superiores, inferiores e cabeça/pescoço, com respectivamente 407 (43,3%), 268 (28,5%), 170 (18,1%). Em relação à escala de Coma de Glasgow, a maioria dos prontuários não possuía essa informação, sendo 581 (61,9%). Os Traumas cranioencefálicos (TCE's) leves obtiveram 335 (35,7%) e os TCE's graves com 11 (1,2%). Os procedimentos cirúrgicos foram realizados em 597 (63,6%), enquanto que 342 (36,4%) tiveram tratamento clínico. Quanto a evolução, 647 (68,9%) obtiveram alta e 288 (30,7%) foram transferidos. A taxa de letalidade foi de 4 casos (0,4%). O estudo demonstra a importância do estudo a esse agravo para a saúde pública. E analisar suas causas e circunstâncias junto à população torna-se essencial para promoção à saúde e sua prevenção.

Palavras chave: Quedas, Trauma, Urgência e emergência

IV CONGRESSO INTERNACIONAL
DE CIRURGIA GERAL

2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP

ANALISE DO PERFIL DAS VITIMAS DE QUEDAS ATENDIDAS NO HOSPITAL GERAL EM CAPITAL DO NORDESTE BRASILEIRO NO PERIODO DE 2011 – 2015

Ilma Ferreira de Oliveira, Kalleu Leonardo Antao, Fernando Henrique De Oliveira Santa Maria, Marcelo da Silva Pinheiro, Lucio Wagner Torres Carvalho, Alan Blendo Bonfim Correia

UNCISAL

As quedas vêm ganhando importância, principalmente com o aumento da expectativa de vida da população. E por ser de causa evitável é de extrema relevância seu estudo.

Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, transversal e retrospectivo, por meio de análise dos prontuários dos pacientes internados em hospital de urgência e emergência. As variáveis estudadas foram: hora e local da ocorrência, meio de locomoção até o hospital, idade, sexo, escala de coma de Glasgow, tipo de conduta adotada, região corporal afetada e evolução. Foram avaliados 3751 prontuários, com predominância no sexo masculino com 2280 casos (60,8%). A idade mais acometida entre o sexo feminino foi 60 anos ou mais, 860 casos (22,9%). No sexo masculino houve uma distribuição semelhante entre as faixas etárias, sendo a mais prevalente a entre 29 a 39 anos com 562 casos (15%). Quanto ao meio de condução, 1888 casos (50,3%) se locomoveram de modo particular, seguido de ambulâncias do interior do estado com 952 (25,4%), o serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) foi responsável por 713 (19%) e o corpo de bombeiro por 198 (5,3%). Tais atendimentos foram mais frequentes das 12h59min às 18h59min com 1390 (37,1%), e de menor frequência entre 00h59min às 06h59min com 217 (5,8%). Evidenciou-se que a maioria dos casos apresentaram lesões únicas, 3553 (94,7%), sendo as regiões corporais mais acometidas os membros inferiores, superiores e cabeça/pescoço, com respectivamente 1665 (44,4%), 860 (22,9%), 734 (19,6%). Enquanto 192 (5,8%) casos apresentaram múltiplas lesões. Em relação à escala de Coma de Glasgow, a maioria dos prontuários não possuía essa informação, sendo 1985 casos (52,9%). Os Traumas cranioencefálicos (TCE's) leves foram com 1657 casos (44,2%), seguidos por TCE's graves com 59 casos (1,6%), e TCE's moderados com 50 casos (1,3%). Os procedimentos cirúrgicos foram realizados em 933 casos (24,9%), enquanto que 2818 (75,1%) receberam tratamento clínico. Quanto à evolução, 2137 casos (57%) obtiveram alta e 1452 (38,7%) foram transferidos. A taxa de letalidade foi de 162 (4,3%). O estudo demonstra a importância do agravo para a saúde pública, pois o aumento da expectativa de vida ocasiona maior fragilidade, e maior possibilidade de acontecimento de quedas.

Palavras chave: Quedas, Trauma, Urgência e emergência



ANALISE DO USO DA PROFILAXIA PARA TROMBOEMBOLISMO VENOSO NOS HOSPITAIS DO COMPLEXO FAMEMA

Mariana Orate Menezes da Silva, Dayanne Guttmann Batista, Marianna Cristina Romeu Coelho, Lilian Pavanelo Ferracine, Renan Moreira Da Silva, Marcelo José De Almeida

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA

O tromboembolismo venoso (TEV) está relacionado a cirurgias ou internações que demandam tempo de repouso prolongado. O objetivo do estudo foi caracterizar os perfis de risco e avaliar a realização da profilaxia. A metodologia utilizada foi de um estudo quantitativo conduzido em um Hospital Escola do interior paulista. Concluímos que maiores esforços devam ser empregados para aprimorar a profilaxia do tromboembolismo venoso nos complexos hospitalares. A TEV, entidade que engloba a trombose venosa profunda e a embolia pulmonar, está associado a morbimortalidade significativa. Metade dos episódios de TEV são consequência de procedimentos cirúrgicos ou internações que demandam repouso prolongado. A prevenção de TEV em pacientes internados é prioridade para se evitar esta complicação. Dados da literatura mostram que a profilaxia com anticoagulantes ou métodos mecânicos contra eventos trombóticos, em grande número de casos, não é realizada ou é feita inapropriadamente. Estudo quantitativo, observacional, do tipo transversal, conduzido em Hospitais-Escola em um município de médio porte do interior do estado de São Paulo. A amostra compreende 305 pacientes; os dados foram coletados a partir dos prontuários e os resultados comparados com os fatores de risco para TEV buscados na literatura. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Marília. Objetivo: Caracterizar os perfis de risco para TEV e avaliar como sua profilaxia está sendo realizada pelos profissionais de saúde em um município do Centro Oeste. Foram avaliados 305 pacientes, dos quais, 52,13% eram mulheres e 47,87%, homens. A prevalência de idade dentre os analisados foi dos maiores que 60 anos, atingindo 51,14% do total. De acordo com os fatores de risco para TEV, 43,61% dos pacientes foram classificados como alto risco; 46,56% risco moderado; 9,84% risco baixo. Dos pacientes de alto risco para o evento estudado, 36,27% receberam a profilaxia de forma adequada. Do total de pacientes analisados, 61,31% receberam profilaxia de forma inadequada, sendo que 51,34% desta amostra preenchiam critérios para alto risco de TEV. É necessário que maiores esforços sejam empregados a fim de aprimorar a profilaxia do TEV nos complexos hospitalares. Evidencia-se a necessidade da inserção de protocolos para prevenção de fenômenos tromboembólicos.

Palavras chave: Trombose. Prevenção de doenças. Tromboembolia venosa. Embolia pulmonar. Heparina.



ANALISE DOS ACIDENTES AUTOMOBILÍSTICOS ATENDIDOS NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DO HOSPITAL DE BASE (HB) DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO- SP

Cristina Casagrande Miranda Teixeira, Mariana Orate Menezes SILVA, Ana Beatriz Brienze da Silveira, Leticia de Oliveira Audi, Beatriz Correia Bonici, Roberto Kaoru Yagi

FACULDADE DE MEDICINA DE MARILIA
FACULDADE DE MEDICINA DE RIO PRETO

O trauma é responsável por quase 10% das mortes mundiais, e 1/4 delas decorre de acidentes de trânsito. A morte é apenas uma pequena parcela dos danos causados pelo trauma, uma vez que os sobreviventes convivem com sequelas, muitas vezes permanentes. Cerca de 6% dos anos vividos com incapacidade são consequência dos acidentes de trânsito. O conhecimento da epidemiologia é fundamental para a elaboração de estratégias que reduzam sua incidência. Pesquisa descritiva transversal retrospectiva pela análise de prontuários de pacientes atendidos na Emergência do HB de São José do Rio Preto-São Paulo entre 01 de outubro e 31 de dezembro de 2015. Incluídos pacientes a partir dos 14 anos, com identificação e registro do atendimento de forma completa e legível. Aprovada pelo Comitê de ética sob o parecer 1.468.032.770 prontuários de pacientes foram analisados e 760 incluídos. Destes, 284 foram resultantes de acidente de trânsito (carros e motocicletas). O sexo masculino representou 62,6%. As idades variaram entre 15 e 80 anos (5% entre 15-17 anos, 44,3% de 18-29 anos, 43,3% de 30-59 anos e 7,3% mais de 60). As lesões decorrentes dos traumas predominaram em região de cabeça e pescoço (em 152 casos), e membros inferiores e superiores (em 125 e 116 casos respectivamente). Dos pacientes, 15,1% foram internados e 10 (3,5%) foram a óbito. Os óbitos ocorreram em idades entre 25 a 70, sendo que apenas quatro deles ocorreram em idosos (60 anos ou mais). Os acidentes com motocicleta representaram 59,8% dos acidentes, e resultaram em seis (60%) dos óbitos. Em relação ao horário, 153 (53,8%) dos acidentes ocorreram no período diurno (7h às 19h). No que também diz respeito aos acidentes de trânsito, houveram 35 casos de atropelamento, resultando em mais 4 óbitos. Prevaleceram os acidentes em adultos jovens (18 a 29 anos), do sexo masculino. Sendo esta população a mais sócio e economicamente ativa e, sendo os acidentes automobilísticos uma causa evitável de trauma, políticas públicas de prevenção direcionadas para este grupo poderiam contribuir para a redução da morbi-mortalidade, dos prejuízos sócio-econômicos e dos anos perdidos de vida.



ANALISE DOS ACIDENTES AUTOMOBILISTICOS EM UMA REGIAO DO CENTRO-OESTE PAULISTA.

Cristina Casagrande Miranda Teixeira, Mariana Orate Menezes da Silva, Ana Beatriz Brienze da Silveira, Guilherme Sauniti Lopes, Leticia De Oliveira Audi, Beatriz Correia Bonici

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA

O trauma é responsável por quase 10% das mortes mundiais, e um quarto delas decorre de acidentes de trânsito. A morte é apenas uma pequena parcela dos danos causados pelo trauma, uma vez que os que sobreviventes convivem com sequelas, muitas vezes permanentes. Cerca de 6% dos anos vividos com incapacidade são consequência dos acidentes de trânsito. O conhecimento da epidemiologia é fundamental para a elaboração de estratégias que reduzam sua incidência.

Pesquisa descritiva transversal retrospectiva pela análise de prontuários de pacientes atendidos de 01 de outubro a 31 de dezembro de 2015 na Emergência do Hospital das Clínicas de Marília, São Paulo. Incluídos vítimas de traumatismos no período de tempo especificado com 14 anos ou mais e com identificação e registro do atendimento de forma completa e legível. Aprovada pelo Comitê de ética sob o parecer 1.468.032.

794 prontuários de pacientes foram analisados e 768 incluídos. Destes, 414 foram resultantes de acidente de trânsito (automobilístico e atropelamento). O sexo masculino representou 59,6%. As idades variaram entre 14 e 83 anos (3,8% entre 14-17 anos, 46,8% de 18-29 anos, 43,2% de 30-59 anos e 6,0% mais de 60). Quanto à escolaridade, 48,7% possuía 2º grau completo/incompleto, com predomínio (73,4%) de etnia branca. Dos pacientes, 82,6% receberam alta após atendimento inicial, 12,5% foram internados, 2,1% tiveram alta à revelia ou a pedido para serviço particular e um paciente foi à óbito durante atendimento inicial, sendo vítima de atropelamento aos 80 anos. Houveram mais quatro óbitos durante a internação, totalizando uma mortalidade de 1,2%. Três deles necessitaram de internação em Unidade de Terapia Intensiva e possuíam menos de 48 anos (26, 27 e 48 anos). O outro possuía 79 anos e faleceu após 5 dias da admissão. Em relação ao horário, 269 (65%) dos acidentes ocorreram no período diurno (7h às 19h). Os acidentes de trabalho no trânsito somaram 124 ocorrências (30% do total).

Prevaleram os acidentes em adultos (18 a 29 anos), brancos, do sexo masculino, com 2º grau completo ou incompleto. Sendo esta população a mais sócio e economicamente ativa e, sendo os acidentes automobilísticos uma causa evitável de trauma, políticas públicas de prevenção direcionadas para este grupo poderiam contribuir para a redução da morbi-mortalidade, dos prejuízos sócio-econômicos e dos anos perdidos de vida.

Palavras chave:

IV CONGRESSO INTERNACIONAL
DE CIRURGIA GERAL

2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP

ANALISE DOS TRAUMAS TORÁDICOS EM UM HOSPITAL DE URGÊNCIA DO NORDESTE DURANTE 2011-2015

Kalleu Leonardo Antão, Ilma Ferreira de Oliveira, Antonio Carlos de Barros Lima, Marcelo da Silva Piniheiro, Alan Blendo Bonfim Correia, Fernando Henrique de Oliveira Santa Maria

UNIVERSIDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS

Atualmente, o traumatismo torácico encontra-se entre as principais causas externas de mortes, principalmente no que se refere a traumatismos causados por acidentes automobilísticos. O presente estudo tem objetivo de realizar uma análise dos agravos e desfecho clínico de paciente vítimas de trauma torácico em um hospital de urgência/emergência do Nordeste. Trata-se de um estudo quantitativo e observacional, a partir da análise dos prontuários dos pacientes internados vítimas de trauma torácico em um hospital de urgência/emergência do Nordeste. As variáveis estudadas foram: sexo, idade, escala de coma de Glasgow, agravos, tipo de conduta adotada e evolução do paciente. Foram avaliados 17251 prontuários de pacientes vítimas de trauma, desses 6,16% (1064) apresentaram trauma torácico isolado. Do total de pacientes vítimas de trauma torácico, 88,5% (942) foram do sexo masculino e 11,5% (122) do sexo feminino. A faixa etária de 0 a 9 anos apresentou 1%, de 10 a 19 anos apresentou 2%, de 20 a 39 anos apresentou 4,5%, de 40 a 59 anos apresentou 61,5%, mais de 60 anos foi de 31%. O Glasgow avaliado foi dividido em 15 a 13 (48,5%), 12 a 9 (32%) e menor ou igual a 8 (29,5%). O agravo mais comum foi o ferimento por arma de fogo (42,5%), seguido do ferimento por arma branca (26,5%), vítimas de acidentes de trânsito (15,8%), queda (8%), agressão física (4%), acidente de trabalho (1,8%), tentativa de suicídio (1,2%) e afogamento (0,2%). A conduta adotada foi 78,2% cirúrgica e 21,8% conservadora. A evolução foi 9,5% óbito, 66,8% obtiveram alta e 23,7% foram transferidos para outra unidade hospitalar. O estudo demonstra que o trauma de tórax é uma importante causa de óbito por causas externas, principalmente no sexo masculino e na faixa etária de 40 a 59 anos, tendo como principal causa o ferimento causado por arma de fogo. A forma principal de abordagem foi cirúrgica e a maioria dos desfechos foi a alta hospitalar. Nesse sentido, estes dados são importantes para que sejam implementadas políticas públicas de prevenção a população (principalmente masculina), para redução desses casos.

Palavras chave: trauma torácico, urgência e emergência, cirurgia



ANALISE EPIDEMIOLOGICA DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR COLECISTITE NA CIDADE DE SAO JOSE DO RIO PRETO/SP

Eduardo Oliva Campos, Beatriz Kawano de Oliveira, Stella Kawano de Oliveira, Amanda Oliveira Lima, Zuana Bonde de Almeida

UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA - UNOESTE - PRESIDENTE PRUDENTE - SAO PAULO - BRASIL

Colecistite aguda é a forma mais comum de apresentação de doença litíásica da vesícula biliar, é uma doença inflamatória, com os achados macroscópicos e microscópicos habituais de inflamação aguda da vesícula biliar. A colecistite aguda calculosa ocorre mais frequentemente entre as quadragésima e octogésima décadas da vida, sendo mais comum em caucasianos e em mulheres. O risco de desenvolvimento desta doença está associado à obesidade, diabetes melito, abuso de estrogênios, gravidez, cirrose e presença de hemólise. Este estudo portanto visa fazer um comparativo entre a população internada por Colecistite em São José do Rio Preto com a média do estado de São Paulo. Realizou-se uma pesquisa no Departamento de Informática do SUS (DATASUS), o qual utilizou as informações a respeito da morbidade hospitalar do SUS por local de internação. Por conseguinte foi analisado, o número de pacientes com Colelitíase e Colecistite internados por ano na cidade de São José do Rio Preto em relação as demais cidades do estado de São Paulo. Na cidade de São José do Rio Preto – SP, o número de internações por Doenças Biliares no ano de 2016 foi de 8053 e destes foram registrados 25% de internações por Colelitíase e Colecistite, o qual 24,5% eram homens e 75,5%, mulheres. Já no estado de São Paulo, foram 20% de casos registrados, em que 23,5% eram homens e 76,5%, mulheres. Ao analisar em relação à faixa etária, 94,7% dos pacientes de São José do Rio Preto e 93,6% de São Paulo está na faixa etária que compreende os 20 aos 79 anos. Apesar de São José do Rio Preto ser uma cidade de médio porte, ocupou o segundo lugar do estado de São Paulo em internações por Colelitíase e Colecistite, totalizando 2031 de casos registrados, deste modo perdeu apenas para a cidade de São Paulo, que apresentou 12927 internações. Ao comparar os sexos, observa que o sexo feminino demonstra uma maior prevalência em relação ao sexo masculino, com valores superiores a 50% tanto em São José do Rio Preto, quanto no estado de São Paulo e Brasil. No que concerne a faixa etária das regiões comparadas, há um predomínio de quase 100% das internações por Colelitíase e Colecistite na população adulta-idosa, dos 20 aos 79 anos. Constata-se com esses dados analisados que a cidade de São José do Rio Preto possui uma porcentagem elevada de pacientes internados por Colelitíase e Colecistite em relação à média das demais cidades de São Paulo.

IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIRURGIA GERAL 2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



ANEURISMA DE ARTÉRIA POPLÍTEA BILATERAL: RELATO DE CASO

Raphael Felipe Freua Fontes, Suellen Ferronato, Mariana da Silva Souza, Marco Aurélio Narcimento Crespo Junior, Jéssica Araújo Amparado, Luiz Cláudio Fontes Mega

CENTRO UNIVERSITÁRIO BARÃO DE MAUÁ

O aneurisma da artéria poplítea (AP) é uma dilatação anormal segmentar que possui no mínimo diâmetro transversal maior do que 50% do diâmetro original desse vaso. São aneurismas periféricos mais comuns, que correspondem a 70% dos mesmos. São raros, encontrados principalmente no sexo masculino e sua principal apresentação é bilateral. Seu diagnóstico e tratamento são importantes, pois as complicações tromboembólicas resultam em um elevado risco de perda da extremidade do membro afetado. Relatar o caso de um paciente do sexo masculino, que chegou em nosso serviço com quadro clínico de dor importante em membro inferior direito (MID). Relato de caso: Paciente do sexo masculino, 89 anos, procurou o serviço de cirurgia vascular com queixas de dor em pé direito há duas semanas, acompanhado de gangrena em dorso do hálux e segundo dedo do mesmo pé. Referia mal-estar, fadiga e fraqueza associados. Portador de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo 2 e doença arterial periférica. Ao exame físico, apresentava-se em bom estado geral, sem alterações nos aparelhos cardiovascular, respiratório e abdominal. Em membros inferiores, ausência de edema ou sinais de trombose venosa profunda, presença de tumoração gigante pulsátil em nível da primeira porção da poplítea bilateral, pulsos femoral e tibial posterior presentes. Pé direito cianótico e frio. Paciente foi submetido a abordagem cirúrgica do MID. Foi realizada arteriografia do membro, seguida de aneurismectomia de artéria poplítea trombosada e embolectomia distal. Após, foi feita uma revascularização por ponte fêmoro-poplítea suprapatelar com prótese PTFE, devido ao fato de a veia safena não ser calibrosa o suficiente para ser utilizada no procedimento. No pós-operatório, paciente evoluiu bem, com melhora total de dor em MID. Ao exame físico, presença apenas de perfusão diminuída em todo o pé direito, com gangrena seca, anteriormente relatada. Foi optada não abordagem do membro inferior esquerdo devido à ausência de sintomas e grande porte da cirurgia. Como os AP são pouco frequentes clinicamente e geralmente passam despercebidos pelos cirurgiões, podem levar a trombose isquêmica dos membros. Estas tornam o prognóstico do membro ruim, a menos que sejam tratados precocemente através de cirurgia.

Palavras chave: Aneurisma da artéria poplítea; Aneurismas periféricos; Revascularização; Prótese vascular.



APENDICITE AGUDA COMPLICADA COM ABSCESSO DE COXA DIREITA

Miguel Bonfitto, Eric Tiago Raimondi, Diego Rodrigo Dametto, Luciano Beltrão Pereira, Laura Ferreira Martinez

HOSPITAL DE BASE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

A apendicite aguda é a principal causa de abdome agudo em pronto-socorro, acometendo principalmente a faixa etária dos adultos jovens. Seu quadro clínico inflamatório pode ser composto por dor abdominal, anorexia, náuseas ou vômitos, febre, somando-se ainda a um exame físico, frequentemente, com defesa abdominal e peritonite. O diagnóstico é clínico, no entanto, pode-se complementar com exames laboratoriais e de imagem (ultrassom ou tomografia). No entanto, a avaliação clínica pode ser dificultada pela posição variável do apêndice cecal (retrocecal, subcecal, paracecal, pélvico, pré ou pós-ileal), alterando os sinais e sintomas. Relatamos um caso de apendicite pélvica complicada com abscesso em coxa direita. Paciente feminina, 43 anos de idade, iniciou com quadro de dor abdominal em hipogástrio e fossa ilíaca direita sem caráter migratório prévio, evoluindo com náuseas e vômitos. Após uma semana, apresentou piora do estado geral com anorexia, fraqueza e mantendo dor abdominal. Buscou atendimento médico, sendo então encaminhada ao hospital terciário. Ao exame físico, abdome globoso, flácido, doloroso em hipogástrio com defesa à palpação superficial e profunda e sem peritonite. Foi, então, solicitado exames laboratoriais, apresentando leucocitose com desvio para a esquerda e proteína c-reativa elevada. Pela dúvida diagnóstica, biotipo obeso e já excluído possibilidade de gestação (beta-hcg negativo) foi realizado tomografia de abdome total, evidenciando apendicite aguda com apêndice cecal pélvico. A paciente foi submetida à apendicectomia. Paciente foi encaminhada à enfermaria de onde permaneceu por dois dias até sua alta hospitalar com receita médica de sintomático e antibiótico (ciprofloxacino e metronidazol). Após dois dias, retorna à emergência com dor em coxa direita e dificuldade para caminhar, referindo piora progressiva e sem alívio significativo com sintomático. Ao exame físico, apresentava hiperemia, rubor e pele com aspecto endurecido na porção lateral da coxa direita. Na suspeita clínica de abscesso de coxa, foi realizado drenagem da coleção purulenta em grande quantidade. Recebeu alta médica após três dias de internação. A apendicite aguda é um abdome agudo inflamatório, sendo seu tratamento cirúrgico e urgente. Seu atraso diagnóstico pode levar a complicações pré ou pós-operatórias como o abscesso em coxa direita.

Palavras chave: Apendicite, abscesso de coxa, complicações da apendicite



APENDICITE AGUDA EM GESTANTE: RELATO DE CASO

Juliana Zolin de Almeida Lopes, Amanda Oliva Spaziani, Carolina Folini, Fernanda Birolli Martins, André Fraga Rueda, Milena Sampaio Pantaleão Garcia Gomes

UNIVERSIDADE BRASIL

O apêndice vermiforme é um órgão do sistema imune, localizado no quadrante ilíaco direito. A obstrução de sua luz leva ao acúmulo de secreções e aumento da pressão intraluminal, comprometendo o retorno venoso gerando congestão, isquemia, proliferação bacteriana e inflamação, podendo evoluir com ulceração da mucosa, trombose arterial e gangrena. Como consequência desse processo teremos a ruptura do apêndice, liberando suas bactérias. A apendicite aguda é a principal e a mais frequente complicação abdominal extrauterina durante a gravidez e torna necessária uma laparotomia de emergência. Trata-se de um relato de caso realizado a partir de informações colhidas no prontuário e com o médico responsável. Feminino, 25 anos, gestante de 11 semanas com queixa de dor de abdominal difusa há 5 dias com irradiação para fossa ilíaca direita acompanhada de vômito e inapetência. Nega febre e sintomas urinários. Ao exame físico, apresentou abdome globoso, flácido, ruídos hidroaéreos presentes, doloroso a palpação superficial a fossa ilíaca direita e flanco direito, descompressão brusca positiva, sinal de Blumberg e Lapinsk positivo. Realizado ultrassom de abdome total apresentando pequenos cálculos renais a direita com imagem heterogênea, sólida/cística mal definida em fosse ilíaca direita de etiologia a esclarecer. Submetida a apendicectomia. No ultrassom obstétrico morfológico pós-cirúrgico constatou-se saco gestacional bem implantado, líquido amniótico sem alteração, embrião único com Batimentos cardíacos fetais 150bpm. A gravidez evoluiu sem complicações. As elevadas taxas de morbi-mortalidade materno-fetais dessa afecção podem ser explicadas pelo fato das evidências do quadro clínico-laboratorial serem confundidas com gineco-obstétricas da gravidez. Clinicamente a apendicite aguda no início da gestação não difere nos sinais e sintomas de uma não-grávida: no primeiro trimestre a dor abdominal é localizada no mesogástrio ou quadrante inferior direito. Já no segundo o local da dor é o flanco direito e à medida que a gravidez evolui a dor é cada vez mais imprecisa e os sintomas atípicos. Tendo em vista todos esses parâmetros, o diagnóstico precoce torna-se essencial assim como a intervenção cirúrgica.

Palavras chave:apendicite, apendicite na gestação, laparotomia de emergência.

IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIRURGIA GERAL 2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



APENDICITE EM PACIENTE IDOSO: RELATO DE CASO

Mariana Zeitune de Oliveira Pereira, Lorena de Freitas Diogo, Amanda Oliva Spaziani, Clerson Rodrigues Manaia, Cleidjane Furtado Rezende, André Fraga Rueda

UNIVERSIDADE BRASIL

A apendicite aguda é a causa mais comum de abdome agudo de tratamento cirúrgico. Consiste na obstrução da luz do apêndice levando ao aumento da secreção de muco, proliferação bacteriana, distensão do lumem, diminuição da drenagem venosa com consequente isquemia, perfuração da mucosa, peritonite e sepse. Acomete a faixa etária de adolescentes e adultos jovens, é incomum antes dos 5 e após 50 anos. Relato de caso obtido após revisão de prontuário médico e revisão literária. Masculino, 60 anos, queixa de dor abdominal difusa tipo cólica, nega fatores de melhora e piora, 1 episódio de febre não aferida e hiporexia associada há 3 dias. Medicado com tramadol endovenoso apresentando melhora. Há 2 dias parada da evacuação e flatos, além de oligúria. Refere obstipação crônica, nega doenças prévias. Tabagista há 45 anos, ex-etilista e ex-usuário de drogas ilícitas. Ao exame físico apresentou-se desidratado, taquipneico, abdome plano, levemente distendido, ruídos hidroaéreos presentes, hipertimpânico, doloroso a palpação difusa, sinal de Rovsing positivo. Os sinais de Blumberg, Giordano e Murphy negativos. Toque retal: próstata ligeiramente aumentada. Aos exames laboratoriais: hemograma com leucocitose e EAS infeccioso. Aos exames de imagem (raio X de abdome agudo, tomografia de abdome total e trânsito intestinal): distensão gasosa de alças intestinais com níveis hidroaéreos e ausência de líquido livre. Submetido a laparotomia exploratória que evidenciou distensão de intestino delgado e afunilamento de cólons transversos, descendente e sigmóide, apêndice secal supurado grau 5 e grande quantidade de aderências em alças intestinais. Boa evolução, porém lenta, com leve distensão abdominal e trânsito intestinal lento. Obteve alta hospitalar após melhora da distensão. Embora seja uma afecção que ocorre no paciente adulto jovem, a apendicite aguda pode comprometer indivíduos em qualquer faixa etária. Nos últimos anos, a incidência no paciente idoso tem aumentado. As complicações do idoso diferem das observadas no jovem pela maior morbimortalidade desse grupo. Isso se deve não só à apresentação clínica atípica como também por apresentarem doenças associadas e progressão rápida do quadro, e, maior postergação do tratamento cirúrgico, enfatizando a necessidade de diagnóstico e tratamento precoce. Palavras chave: apendicite; idoso; apendicite aguda.



APLICABILIDADE DE EXAMES DE IMAGEM ISOLADOS VERSUS COMBINADOS EM PACIENTES COM TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR DIRECIONADOS PARA CIRURGIA

Pedro Nogarotto Cembraneli, João Simão de Melo Neto, Fabiana de Campos Gomes, Waldir Antonio Tognola, Dionei Freitas Morais

FACERES

Os exames de imagem quando associados ao quadro clínico do paciente com traumatismo raquimedular (TRM) possibilitam uma avaliação mais precisa. Por não existir nenhum teste diagnóstico específico para TRM, faz-se necessário estudos que explorem a utilização dos exames de imagens isolados ou combinados. O objetivo deste trabalho é analisar a aplicabilidade dos exames por imagem [ressonância magnética (RM) ou tomografia computadorizada (TC)] aplicados isoladamente ou combinados (RM + TC) em pacientes com TRM direcionados para tratamento cirúrgico. Estudo retrospectivo realizado no Hospital de Base (FAMERP). Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa Institucional, protocolo n.º. 4823/2009. Foram selecionados 206 pacientes com TRM ($\delta=77\%$) distribuídos em indivíduos que realizaram exames de imagem isolados (TC ou RM, n=137) ou combinados (TC + RM, n=69). As análises estatísticas foram calculadas utilizando os seguintes testes: teste de Mann-Whitney (diferença entre a idade e dias de internação), e teste de Fisher (associação entre as variáveis). A idade entre os grupos não foram diferentes (TC ou RM: 40,50 anos; TC+RM: 38,51 anos, $p=0,486$). Durante a avaliação inicial, a etiologia “mergulho em águas rasas” foi determinante na escolha do exame isolados ($p=0,031$). As lesões dos membros superiores ($p=0,013$) e do couro cabeludo ($p=0,044$) foram relacionadas ao teste isolado e combinado, respectivamente. Observamos que a aplicabilidade do exame isolado estava relacionada ao diagnóstico de lesão vertebral em C4 ($p=0,005$). O tempo de permanência hospitalar foi significativamente maior nos pacientes que realizaram os exames combinados ($p=0,036$), além de apresentarem maior frequência de infecção do trato urinário ($p=0,043$). O uso do teste isolado foi associado com maior mortalidade ($p=0,023$). A aplicabilidade dos exames isolados ou combinados norteia a conduta médica, gerando uma queda de gastos e melhor prognóstico.

Palavras chave: Lesões da medula espinhal; Fusão espinhal; Fraturas da coluna vertebral; Traumatologia; Imagem de ressonância magnética; Tomografia computadorizada; Cirurgia.



APLICABILIDADE DE EXAMES RADIOLOGICOS COMBINADOS NO DIAGNOSTICO DAS LESOES NO TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR EM PACIENTES DIRECIONADOS PARA CIRURGIA

Pedro Nogarotto Cembraneli, João Simão de Melo Neto, Fabiana de Campos Gomes, Waldir Antioio Tognola, Dionei Freitas Moraes

Faceres

Os exames por imagem são essenciais para orientar a conduta terapêutica em pacientes com traumatismo raquimedular (TRM), sendo que quando combinados podem levar a um diagnóstico mais preciso e tratamento adequado. O objetivo desta trabalho é analisar a aplicabilidade dos exames por imagem combinados [tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM)] no diagnóstico das lesões no TRM em pacientes direcionados para cirurgia. Estudo retrospectivo com levantamento de dados de prontuários realizado no Hospital de Base (FAMERP). Comitê de Ética Institucional, protocolo n°. 4823/2009. Foram selecionados 69 pacientes com TRM no período de 2008 a 2012. A análise estatística foi realizada utilizando Odds Ratio (OR) com intervalo de confiança (IC) para verificar o nível de associação entre as variáveis. A amostra foi composta por 81% do sexo masculino. A média de idade dos pacientes foi de 35 ± 17 anos. De acordo com a morfologia da lesão, os testes combinados tiveram grande eficiência nas lesões dos elementos posteriores (OR: 3,444; IC: 1,571-7,551), contusão da medula espinal (OR: 25,84; IC: 3,346-199,58) e edema ósseo (OR: 30,217; IC: 1,75-521,83) foram associados à visualização na RM. Logo, a lesão do ligamento complexo posterior (OR: 15,786; IC: 2,002-124,47) foi mais identificada utilizando a TC. A TC esteve relacionada ao diagnóstico de lesões em tecidos ósseos, enquanto a RM foi mais associada a tecidos moles e presença de edemas ósseos. Portanto, a combinação de ambos os exames radiológicos combinados demonstrou um diagnóstico mais preciso.

Palavras chave: Lesões da medula espinal; Fusão espinal; Fraturas da coluna vertebral; Traumatologia; Imagem de ressonância magnética; Tomografia computadorizada

IV CONGRESSO INTERNACIONAL
DE CIRURGIA GERAL

2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



ARACNOIDITE OSSIFICANTE NA COLUNA LOMBAR: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

Lidiane Daniela Kelm, Bárbara Luiza Battistel, Ericson Sfreddo, Mateus Carvalho Casarin, Luciano Silveira Basso, André Martins de Lima Cecchini

Universidade Municipal de São Caetano do Sul

Aracnoidite ossificante é caracterizada pela presença de calcificação da aracnóide na coluna vertebral que envolve preferencialmente o segmento médio e inferior da coluna dorsal e coluna lombar. A doença pode ocorrer em pessoas assintomáticas até quadros de mielopatia ou radiculopatia progressiva com paraparesia, podendo ser combinados com sintomas sensitivos, associados ou não a alterações esfinterianas. A patologia pode ocorrer após trauma, cirurgia, hemorragia subaracnóidea, infecção, mielografia (base em óleo), administração de medicações intratecais e anestesia espinal. Estudo descritivo do tipo relato de caso baseado em dados obtidos através da anamnese, exame físico e registro fotográfico dos métodos diagnósticos, aos quais o paciente foi submetido, associados a revisão da literatura. Paciente de 29 anos, atendido na emergência do Hospital Cristo Redentor de Porto Alegre no dia 02-05-2014 com história de trauma sobre o dorso. Apresentando queixa de lombalgia e dor em membro inferior esquerdo. Ao exame físico apresentava-se alerta, orientado, com força grau 4 no segmento L2-L3 e grau 1 L4-S1 a direita, tração esquelética no membro inferior esquerdo, prejudicando avaliação dos miótomos L2-L3 ipsilaterais e força grau 0 nos miótomos L4-S1 a esquerda; cutâneo-plantar mudo bilateral; hipoestesia em território L4-S1; e retenção urinária. A tomografia computadorizada de coluna lombar evidenciou listese de L3-L4. Realizou-se laminectomia L3-L4, identificou-se raízes de L4, ambas avulsionadas e presença de laceração dural com exposição das raízes, assim como hérnia extrusa, sendo desfeita a luxação com a manobra de distração. Posteriormente, realizou-se artrodese no segmento L3-L4. Após 3 anos, retornou ao HCR com queixa de lombalgia. Ao analisar novas ressonância nuclear magnética e TC de coluna lombossacra, evidenciou-se coluna alinhada e parafusos bem posicionados. Presença de placa hiperdensa contornando a dura-máter no segmento L4-S2 na TC e alteração de sinal com áreas hipo e hiperintensas na RNM compatível com aracnóide ossificante. O caso relatado e as publicações levantadas trazem à luz a importância da suspeição diagnóstica em pacientes com queixa de lombalgia que apresentem fatores de risco acima citados. É importante ressaltar que a cirurgia é indicada apenas em casos selecionados, não sendo considerada como primeira alternativa terapêutica.

Palavras chave: Aracnoidite ossificante, Laminectomia, Artrodese



ATUALIZAÇÃO EM RADIOCIRURGIA NO TRATAMENTO DO TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO ATRAVÉS DE GAMMAKNIFE

João Vitor Mortari Lisboa

Universidade de Araraquara

As desordens psiquiátricas apresentam-se das formas mais variadas possíveis, e afetadas diretamente por fatores ambientais, assim, sua variabilidade individual se acentua como também, seus impactos no cotidiano dos indivíduos acometidos são os mais variáveis possíveis. Contudo, a forma de tratamento se mostra bastante parecida para diferentes tipos de enfermidades, muitas vezes diferindo apenas a dose, manejo muito inespecífico para quadros de comprometimentos extremamente diferentes. A falta de maiores conhecimentos sobre a fisiopatologia destas doenças se mostra como o principal obstáculo para o avanço de novas técnicas de cuidado. Apesar das diversas dificuldades para se obter novos tratamentos, a inovação nas técnicas cirúrgicas vem em auxílio, possibilitando uma atuação eficaz e minimamente invasiva em áreas afetadas por doenças neuropsiquiátricas. Foram avaliados artigos e textos literários, extraídos de bases de dados como PubMed e ScienceDirect, analisados sistematicamente, buscando os conhecimentos mais recentes no tema. O transtorno obsessivo compulsivo (TOC) é uma das maiores causas de afastamento do trabalho, podendo comprometer psicossocialmente o indivíduo. O manejo terapêutico mais indicado atualmente envolve a combinação de fármacos e terapia cognitiva comportamental, que leva a atenuação dos sintomas na maioria das vezes, porém, dificilmente os erradica da vida do paciente. A psicocirurgia vem como terapia alternativa, indicada para casos refratários ao tratamento habitual, e com sintomatologia exacerbada. Existem algumas formas de atuar sobre os circuitos cerebrais afetados no TOC, a radiocirurgia se mostra como uma técnica inovadora, não invasiva, e com efeitos adversos mínimos, podendo levar a resolução completa dos sintomas. Os avanços no tratamento de doenças psiquiátricas com cirurgias traz grande perspectiva de melhora na qualidade de vida dos pacientes, podendo minimizar sintomas ou até mesmo reversão por completo do distúrbio, contudo, mais estudos devem ser realizados para estabelecer todos os riscos possíveis do procedimento. Desta forma, tal manejo terapêutico ainda se mostra restrito a casos específicos, e resistentes a tratamentos habituais.

Palavras chave: TOC. Radiocirurgia.

IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIRURGIA GERAL 2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



AVALIAÇÃO DA PREVALENCIA DAS COMORBIDADES DE PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA BARIÁTRICA ANTES E APOS O PROCEDIMENTO CIRURGICO

Karina Naves Pereira, Roberto Lazilha Faleiros, Rogério Prado Pereira, Nazir Elias Chalela Ayub, Gilberto Borges Brito, Thiago Sivieri

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

A obesidade, considerada um dos grandes problemas de saúde pública, é uma doença crônica, caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal. O seu tratamento envolve uma abordagem multifatorial, porém, em determinados casos, torna-se necessária a cirurgia bariátrica, a qual tem se mostrado uma possibilidade de melhora da qualidade de vida. A cirurgia bariátrica mostra-se eficaz na qualidade de vida, na satisfação dos pacientes, no controle da obesidade e diminuição das comorbidades associadas, objetivando um melhor controle de níveis glicêmicos, lipídicos, pressóricos, dentre outros. Cinquenta e cinco pacientes submetidos a cirurgia bariátrica (GRY), entre 6 meses e 17 anos de cirurgia, com idades entre 25 e 74 anos, com IMC pré-cirúrgico de 38,28 kg/m² a 78,13 kg/m² e IMC pós-cirúrgico de 19,47 kg/m² a 59,30 kg/m², sendo a maioria mulher (98,2%) foram submetidos a um questionário com o objetivo de avaliar suas comorbidades antes e após a cirurgia bariátrica.

Dos 55 pacientes avaliados, 7,27% não apresentavam comorbidades, 41,8% eram diabéticos antes da cirurgia e após o procedimento 69,57% ficaram euglicêmicos. De 39 pacientes com HAS antes da cirurgia, apenas 5 se mantiveram com a doença após o procedimento cirúrgico. Dos 19 pacientes que relatavam apnéia do sono, 89,47% deles se tornaram assintomáticos desse sintoma após a cirurgia. Dos paciente avaliados, 45,45% referiam sintomas de refluxo gastro-esofágico (DRGE) e 60% deles deixaram de apresentar os sintomas após intervenção cirúrgica. A dislipidemia presente em 41,8% dos pacientes, se controlou em 65,22% deles após a cirurgia bariátrica. Na avaliação geral, 90,09% de pacientes com algum tipo de comorbidades antes da cirurgia, obtiveram sucesso no seu controle após o procedimento cirúrgico. A cirurgia bariátrica é o único procedimento que leva a uma perda de peso em longo prazo e pode melhorar e, em alguns casos, curar algumas comorbidades como o diabetes, dislipidemia, hipertensão e apnéia do sono. Neste estudo que realizamos, podemos concluir, de acordo com as referências bibliográficas mundiais, que de modo geral, após as cirurgias bariátricas, as doenças associadas como apnéia do sono, diabetes, hipertensão, DRGE e dislipidemias obtiveram taxas importantes de resolução. Em destaque para a apneia do sono, que foi a comorbidade com a maior taxa de resolução após a cirurgia bariátrica.

Palavras chave: Cirurgia Bariátrica, Gastrectomia, Comorbidades, Bypass Y de Roux

IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIRURGIA GERAL 2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



AVALIAÇÃO DA PREVALENCIA DE SÍNDROME DE DUMPING PRECOCE EM PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA BARIÁTRICA

Roberto Lazilha Faleiros, Karina Naves Pereira, Rogério Prado Pereira, Nazir Elias Chalela Ayub, Gilberto Borges Brito, Thiago Sivieri

FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

A obesidade é uma doença de prevalência crescente, sendo um dos principais problemas de saúde pública da sociedade moderna. As operações bariátricas se firmaram como a terapia mais eficaz para o tratamento da obesidade grave e refratária e a operação de bypass gástrico em Y de Roux, como uma das técnicas mais empregadas no mundo para este fim. Mas não veio isenta de complicações. A síndrome de dumping é provavelmente a mais comum das síndromes pós-gastrectomias e ocorre, de certa forma, após praticamente todas as operações gástricas, podendo alcançar uma prevalência de 50%. A síndrome de dumping é uma resposta fisiológica devida à presença de grandes quantidades de alimentos, principalmente carboidratos na porção proximal do intestino, resultante de um rápido esvaziamento gástrico, podendo causar sintomas precoces (30 a 60 minutos) ou tardios (1 a 3 horas) após a alimentação. Nosso objetivo foi fazer a avaliação da prevalência da síndrome de dumping precoce em pacientes submetidos a cirurgia bariátrica em nosso serviço. Quarenta e três pacientes submetidos a cirurgia bariátrica entre 6 meses e 17 anos de cirurgia e que acompanham no ambulatório de cirurgia bariátrica e metabólica do nosso serviço pelo SUS, foram submetidos a um questionário com o objetivo de avaliar a síndrome de dumping precoce. A maioria dos pacientes avaliados apresentava episódio de síndrome de dumping precoce (63,26%). Dentre estes, todos apresentaram sintomas após a ingestão de carboidratos na alimentação, sendo o principal os doces (45,16%) seguido do sorvete (38,7%). A principal sintomatologia apresentada durante os episódios foram: Sudorese, presente em 74,2% dos pacientes, seguindo da taquicardia (67,8%) e diarreia (29,03%). A síndrome de dumping é frequente após operações bariátricas. É, provavelmente, a mais comum das síndromes que sucedem gastrectomias parciais ou completas. Sua prevalência, em gastrectomias parciais pode chegar a até 50%, tornando-se assim complicação significativa em alguns tipos de operações bariátricas. O tratamento em casos de crises precoces é de fácil realização, já que, baseia-se na mudança dietética. Os casos em que as crises são de moderadas a graves envolvem tratamento medicamentoso e até mesmo cirúrgico. As operações reparadoras são alternativas de tratamento reservadas apenas para pacientes gravemente afetados por sintomas incapacitantes.

Palavras chave: Cirurgia bariátrica, Síndrome de Dumping, Gastrectomia parcial

IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIRURGIA GERAL 2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



AVALIAÇÃO DO USO DE MULTIVITAMINAS EM PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA BARIÁTRICA

Karina Naves Pereira, Roberto Lazilha Faleiros, Nazir Elias Chalela Ayub, Thiago Sivieri, Gilberto Borges Brito, Rogério Prado Pereira

FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

Pacientes submetidos à cirurgia bariátrica apresentam alterações no estado nutricional, as quais podem aparecer após semanas e/ou anos do pós-operatório. Os distúrbios nutricionais vão desde carências vitamínico-minerais (Fe, Zn, tiamina, niacina, ácido fólico, cobalamina, vitaminas A, D e E) até manifestações de desnutrição energético-proteica. Os possíveis causas são: ingestão nutricional deficiente, má absorção decorrente da técnica cirúrgica, assim como pobre aderência à reposição de polivitamínicos. Nosso objetivo foi avaliar o uso de multivitaminas em pacientes pós bariátricos. Sessenta e três pacientes submetidos a cirurgia bariátrica entre 6 meses e 17 anos de cirurgia e que acompanham no ambulatório de cirurgia bariátrica e metabólica do nosso serviço pelo SUS, foram submetidos a um questionário com o objetivo de avaliar o uso de multivitaminas. A maioria dos pacientes avaliados fazem o uso regular diário de multivitaminas (70,76%), uma parcela de 12,3% faz uso irregular e menos de 17% não usam multivitaminas a pelo menos 6 meses. Dos pacientes que não usam polivitamínicos ou usam de forma inadequada (30,15%) o principal motivo relatado foi o esquecimento (47,36%), seguido do custo elevado dos polivitamínicos (31,57%). As cirurgias bariátricas, como Gastroplastia redutora e derivação gastrojejunal em Y de Roux (GRDGJYR), Duodenal Switch (DS), Gastrectomia Vertical (Sleeve Gástrico), vão interferir de forma significativa na absorção de micro e macro nutrientes na alimentação, podendo causar deficiências séricas dessas substâncias importantes, que podem ou não refletir clinicamente. Por conseguinte, existe uma necessidade de acompanhamento regular e multidisciplinar desse grupo de pacientes, com reforço constante e orientação do uso de continuo de multivitaminas em doses adequadas, associado a realização de exames periódicos clínicos e laboratoriais. No nosso serviço, a maioria dos pacientes fazem uso de polivitamínicos de forma regular. As principais causas pela não adesão regular foram o esquecimento e preço das multivitaminas. Além da dosagem adequada de micronutrientes, a posologia e o tipo de polivitamínicos, devem ser fatores de grande importância pela equipe médica, já que a escolha destes, pode interferir diretamente na adesão e uso regular de polivitamínicos e consequentemente na qualidade da saúde dos pacientes submetidos a cirurgia bariátrica.

Palavras chave: Cirurgia Bariátrica, Polivitamínicos, Gastrectomia Vertical

IV CONGRESSO INTERNACIONAL
DE CIRURGIA GERAL

2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



AVALIAÇÃO DOS CASOS DE TRAUMA EM IDOSOS NA EMERGENCIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE MARILIA (HC)- SP

Mariana Orate Menezes da Silva, Cristina Casagrande Miranda Teixeira, Renato Augusto Tambelli, Ana Beatriz Brienze da Silveira, Beatriz Correia Boníci, Letícia de Oliveira Audi

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA

O trauma é uma das principais causas de morte no mundo. Apesar de mais freqüente em jovens, os idosos são mais suscetíveis ao óbito decorrente do trauma devido a fatores como maior número de comorbidades e menor reserva fisiológica. Atualmente, é a quinta causa de morte na população idosa e com o aumento da expectativa de vida, espera-se um crescente número de casos nesta população. Neste contexto, o conhecimento da epidemiologia é fundamental para a elaboração de estratégias que reduzam a ocorrência e a morbi-mortalidade dos casos de trauma nesta faixa etária. Pesquisa descritiva transversal retrospectiva pela análise de prontuários de pacientes atendidos no setor de Emergência do HC de Marília de 1 de outubro a 31 de dezembro de 2015. Inicialmente, foram incluídos traumas em pacientes com 14 anos ou mais, com identificação e registro do atendimento de forma completa e legível. Aprovada pelo Comitê de ética sob o parecer 1.468.032. 794 prontuários foram analisados e 768 incluídos. Destes, 133 (17,3%) tinham 60 anos ou mais, com máxima de 97 anos. O sexo feminino representou 52,6%. Dentre os mecanismos de trauma destacam-se queda (86 casos), acidente automobilístico (15), atropelamento (10), queimadura (3), acidente com arma branca (3) e intoxicação exógena (1). Outros mecanismos somaram 15 casos. Analisando os CIDs (CID-10) com que foram classificados os casos após atendimento, o traumatismo craniano foi a principal causa, seguido de fratura do fêmur com 30 (22%) e 13 (9,5%) casos respectivamente. Dos pacientes, 66,9% receberam alta após atendimento inicial, 25,5% foram internados, 6,7% tiveram alta à revelia ou foi encaminhado para outro serviço. Houve um óbito (0,7%) imediato durante atendimento inicial, resultante de atropelamento em paciente de 80 anos. Outros seis óbitos ocorreram durante a internação (entre o 1º e o 13º dia), 4 decorrentes de queda, 1 de acidente automobilístico e 1 de atropelamento. A mortalidade total foi de 5,2%. Quanto ao horário, 83,4% casos ocorreram no período diurno (7 às 19 horas). Acima dos 60 anos predominaram as quedas, com cerca de seis vezes mais casos que os acidentes automobilísticos, e, os atropelamentos ocuparam o terceiro lugar. Sendo estas causas evitáveis de trauma, políticas públicas de prevenção direcionadas para este grupo poderiam contribuir para a redução da morbi-mortalidade e dos prejuízos sócio-econômicos.



AVALIAÇÃO DOS CASOS DE TRAUMA EM IDOSOS NA EMERGENCIA DO HOSPITAL DE BASE (HB) DE SAO JOSE DO RIO PRETO

Cristina Casagrande Miranda Teixeira, Mariana Orate Menezes da Silva, Ana Beatriz Brienze da Silveira, Leticia De Oliveira Audi, Beatriz Correia Bonici, Roberto Kaoru Yagi

FACULDADE DE MEDICINA DE MARILIA,
FACULDADE DE MEDICINA DE RIO PRETO

O trauma é uma das principais causas de morte no mundo. Apesar de mais frequente em jovens, os idosos são mais suscetíveis ao óbito decorrente do trauma devido a fatores como maior número de comorbidades e menor reserva fisiológica. Atualmente é a quinta causa de morte na população idosa e com o aumento da expectativa de vida, espera-se um crescente número de casos nesta população. Neste contexto, o conhecimento da epidemiologia é fundamental para a elaboração de estratégias que reduzam a ocorrência e a morbi-mortalidade dos casos de trauma nesta faixa etária. Pesquisa descritiva transversal retrospectiva pela análise de prontuários de pacientes atendidos no setor de Emergência do HB de São José do Rio Preto de 1 de outubro a 31 de dezembro de 2015. Inicialmente, foram incluídos traumas em pacientes com 14 anos ou mais, com identificação e registro do atendimento de forma completa e legível. Aprovada pelo Comitê de ética sob o parecer 1.468.032.770 prontuários foram analisados e 760 incluídos. Destes, 135 (17,7%) tinham 60 anos ou mais, com máxima de 97 anos. O sexo feminino representou 69 atendimentos (51,1%) e o masculino 66 (48,9%). Dentre os mecanismos de trauma destacam-se queda (91 casos), acidente automobilístico (21), atropelamento (11), queimaduras (1). Outros mecanismos somaram 9 casos. Das quedas, 80 (89,9%) foram consequências de queda da própria altura e 66 (72,5%) delas ocorreram no período diurno (07-19h). Dos pacientes, 22 (16,2%) foram internados após atendimento inicial, com média de 10,69 dias de internação por paciente (duração das internações variou entre 1 e 65 dias). Houveram 20 óbitos entre os idosos vítimas de trauma, resultando em uma mortalidade de 14,8% dos casos atendidos. As quedas foram responsáveis por 13 destes óbitos (65%), seguidos dos acidentes automobilísticos e dos atropelamentos com 4 e 3 óbitos cada, respectivamente. Quanto ao horário, 98 (72,5%) casos ocorreram no período diurno (7 às 19 horas). Acima dos 60 anos, as quedas, os acidentes automobilísticos e os atropelamentos foram responsáveis não apenas pela maior parte dos casos, mas também, pelo total de óbitos decorrentes do trauma. Sendo estes mecanismos causas evitáveis de trauma, políticas públicas de prevenção direcionadas para este grupo poderiam contribuir para a redução da morbi-mortalidade, dos prejuízos sociais e dos gastos públicos em saúde.

IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIRURGIA GERAL 2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC



CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP

BILIOMA PÓS – COLECISTECTOMIA ABERTA: RELATO DE CASO

Jardel Borges Silva, Vinicius Alencar Alves, Bárbara Mota De Faria, Patsy Katherine Mendonça Gundim, Victor Junio Pereira Mesquita, Géssyka Soares Castrd

FACULDADE ATENAS

Bilioma é uma afecção que envolve o surgimento extra biliar de coleções de bile. A maioria por agressão cirúrgica iatrogênica, ou devido a trauma do abdome, em localização hepática ou não hepática. O diagnóstico pode ser feito por exames de imagem, e o tratamento é cirúrgico.. As informações foram obtidas através da coleta e análise de dados contidos em prontuário médico, após consentimento da mesma. Mulher de 56 anos foi submetida no dia 19/12/2016 à colecistectomia aberta devido a colelitíase com múltiplos cálculos. Paciente recebe alta. Após 8 dias da alta hospitalar ela foi re-internada , com dor abdominal, náuseas e vômitos. Ao exame físico apresentava-se corada, hidratada, anictérica, acianótica, afebril. O abdome estava distendido e doloroso à palpação, ruídos peristálticos presentes, ferida cirúrgica em bom estado de cicatrização e evoluindo com líquido livre em seio costofrênico evidenciado por USG de abdome total. Análises clínicas de avaliação do estado geral mostraram: glicemia 70,0; uréia 39,0; creatinina 0,7; TGO 73,0; TGP 124,0; GGT 95; FA 946,0; bilirrubinas 1,58 direta e indireta 1,19, TP 16,4; AP 56%; RNI 1,46; Hb 14,3; Ht 42,9; leucócitos 18500.

O estudo ultrassonográfico do abdome revelou presença de líquido encapsulado em cavidade abdominal. A tomografia computadorizada (TC) confirmou presença de líquido encapsulado em hipocôndrio direito. A paciente foi submetida a laparotomia pela abertura de incisão de Kocher, pela qual se confirmou a descrição tomográfica de coleção encapsulada com bile exagerado de grande volume recobrando todo o lobo hepático direito e hilo hepático, sem contaminação da cavidade. Realizado ressecção parcial da capsula e drenagem do bilioma. Após a reabordagem a paciente evoluiu estável, recebendo alta 8 dias, com dreno de Portwak funcionando em bom estado geral, sem queixas ou outras complicações. No retorno ao ambulatório para controle após uma semana, ainda havia drenagem. A complicação ocorrida após realização de colecistectomia na paciente, foi iatrogênica. Nos mostrando a importância da experiência do cirurgião que irá realizar a cirurgia e a necessidade de ficar atento a possíveis complicações pós-cirúrgicas que mesmo sendo raras podem ocorrer, e uma reabordagem precoce nos mostra um melhor prognóstico.

Palavras chave: bilioma; Colecistectomia; Colelitíase.

IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIRURGIA GERAL 2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



CANCER COLORRETAL SINCRONICO COM OBSTRUÇÃO DO TUMOR PROXIMAL E PERFURAÇÃO DO DISTAL NA SINDROME DE LYNCH – RELATO DE CASO

Rogério Luiz da Silva, Loureno Cezana, Julianny Guerra Rodrigues, Katrynni Oliveira Rodrigues, Mônica Ventura C. Dornelas

Universidade Vila Velha

Síndrome de Lynch é a forma mais comum de câncer colorretal (CCR) hereditário sendo responsável por cerca de 3% dos casos. Está associada a câncer colorretal, endométrio, estômago, entre outros. Esse relato de caso visa reforçar a importância do diagnóstico da síndrome para abordagem e seguimento do paciente, triagem e aconselhamento genético dos familiares. G.B., masculino, pardo, 47 anos, diagnosticado com CCR sincrônico, apresentando obstrução no cólon transverso e perfuração no reto superior, submetido a proctocolectomia com ileorretoanastomose e quimioterapia adjuvante com FOLFOX6. Apresentava critérios de Amsterdam positivo. Na avaliação imuno-histoquímica se viu perda de expressão de MLH-1 e PMS-2. A análise genética mostrou mutação no gene MLH1 com variante patogênica chr3:37050365G>T(c.514G>T), não descrita anteriormente, que permitiu diagnóstico de síndrome de Lynch. No seguimento foi realizada tomografia computadorizada (TC) de abdome que evidenciou lesão expansiva em hipocôndrio esquerdo, suspeita para tumor primário de delgado. Paciente encontra-se em pré-operatório. As informações foram obtidas por revisão da literatura e de prontuário, após consentimento do paciente. Síndrome de Lynch tem caráter autossômico dominante causada por mutação dos genes de reparo da incompatibilidade do DNA (MLH1, MSH2, MSH6, PMS2) ou no gene EPCAM. Nesse caso houve descrição de uma nova variante patogênica. Cerca de 7 a 10% dos pacientes com síndrome de Lynch tem neoplasia CCR sincrônica ao diagnóstico. Acompanhar o paciente com exames complementares seriados, como colonoscopia, TC, marcadores tumorais, investigação genética e estudo imuno-histoquímico foi crucial para o diagnóstico precoce da neoplasia, além do diagnóstico genético de síndrome de Lynch. Deve-se suspeitar de síndrome de Lynch em pacientes com CCR sincrônico ou metacrônico, com menos de 50 anos de idade, presença de outros tumores associados a síndrome e/ou em casos familiares de neoplasias vinculadas a síndrome, que preencham os critérios de Amsterdam e Bethesda classicamente associados. Na rotina de diagnóstico e tratamento do CCR esse diagnóstico é importante para definir o melhor tratamento visto o comportamento da doença nesse subgrupo, além de seguimento diferenciado devido ao risco aumentado de outras neoplasias relacionadas a síndrome.

Palavras chave: Câncer colorretal sincrônico. Síndrome de Lynch. Gene MLH1.

IV CONGRESSO INTERNACIONAL
DE CIRURGIA GERAL

2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



CANCER GASTRICO BORRMANN III: RELATO DE CASO

Nycolle Arantes Torres Carvalho, Rodolpho César Oliveira Mellem Kairala, Gustavo Rivelli Lamboglia, Isabella da Cruz Pizarro, Guilherme Rivelli Lamboglia

UNIVERSIDADE BRASIL

O câncer gástrico é o segundo mais comum no mundo perdendo só para o de pulmão, no Brasil, aparece em terceiro lugar na incidência entre homens e em quinto, entre as mulheres. A incidência aumenta com a idade e é duas vezes maior no sexo masculino, com pico próximo aos 70 anos. Os principais fatores predisponentes são: consumo de alimentos conservados no sal, defumados ou malconservados, baixo nível socioeconômico, tabagismo, sexo masculino, cirurgia gástrica previa, gastrite atrófica, infecções recorrentes por *H. pylori* e história familiar. O tipo mais comum é o adenocarcinoma, responsável por 95% dos casos e a principal opção de tratamento trata-se da ressecção gástrica total ou subtotal e linfadenectomia. As cirurgias para os tumores avançados apresentam mortalidade de até 10%. Relato de caso através de revisão de prontuário de paciente. J.B.S. 63 anos, pardo, apresentando quadro de plenitude gástrica associada a náuseas que persistia após horas de jejum, com início há um ano e dor epigástrica pós-prandial, iniciada há 4 meses. Histórico de perda de 6 Kg em 3 mês. Tabagista e etilista de longa data. Realizada EDA que apresentou “Lesão ulcerada, infiltrativa, friável, recoberta por fibrina espessa, de limites imprecisos, medindo 4 cm, localizada no corpo gástrico estendendo-se pela pequena curvatura - BORRMANN III. Lesão plano-deprimida em grande curvatura do antro medindo cerca de 1,5 cm de diâmetro, fundo com tecido de granulação, com convergência e baqueteamento de pregas” e histopatológico: “Adenocarcinoma pouco diferenciado com células tipo “anel de sinete”, ulcerada. Pesquisa de *H. pylori* +”. Optou-se pela intervenção cirúrgica sendo realizada gastrectomia total com gastroenteroanastomose pré-cólica à Billroth II e linfadenectomia à D2. Paciente evoluiu bem, recebendo alta hospitalar e encaminhado para acompanhamento no ambulatório de oncologia. O adenocarcinoma gástrico é uma neoplasia maligna muito prevalente em nosso meio, estando associado à alta mortalidade. A ressecção cirúrgica é a única possibilidade real de tratamento curativo. No entanto, esse objetivo nem sempre é passível de ser atingido, seja pela extensão do tumor no momento do diagnóstico ou pela impossibilidade clínica do paciente. Dessa maneira, é obrigatório considerar com atenção a relação risco-benefício e assim optar pela conduta mais adequada a cada paciente.

Palavras chave: Câncer gástrico; Adenocarcinoma; Borrmann



CAPACITAÇÃO DE PRINCÍPIOS E TÉCNICAS BÁSICAS PARA A PRÁTICA CIRÚRGICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Laura Junqueira Silva Moreira, Felipe Colombelli Pacca

Faceres

Diretrizes Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, implantadas no Brasil em 2001, recomendam desenvolver determinadas competências a partir de práticas reais contextualizadas e construir as estratégias e metodologias, que deverão ser construídas e vividas pelos estudantes e apresentadas de forma real ou em pacientes simulados para reflexão, com emprego de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, para compreensão e proposição de soluções. Trata-se de um relato de experiência a partir de vivências de aprendizagem na disciplina de habilidades cirúrgicas no primeiro semestre de 2017 destinada aos alunos do sexto período do curso de Medicina. As aulas e o método são descritos pela visão de uma das aulas, através de observação e análise nas aulas e estudos a parte. Nesse novo método, com enfoque na prática, moldes, esponjas, manequins, simuladores, vídeos interativos, softwares, uso responsável de animais, cadáveres, tecidos humanos, laboratório de suturas e nós, oficinas de técnicas cirúrgicas são recursos educativos auxiliares para ensino-aprendizagem-avaliação na disciplina que prepara o aluno para uma futura rotina em ambiente cirúrgico. São ministradas discussões sobre o funcionamento do centro cirúrgico e nesse contexto, foi descrito um relato sobre princípios e técnicas básicas para a prática cirúrgica, tendo como principal tema, as suturas, os tipos de pontos interrompidos (Simples, Donatti, Wolff, Sultan, Smead Jones) e contínuos (chuleio simples, chuleio ancorado, barra grega), e a forma como são ensinados aos alunos. Diante da relevância desta mudança no meio pedagógico e médico, este trabalho surge como um relato para melhor entendimento de como são realizadas as aulas de habilidades cirúrgicas. O ensino somente com aulas teóricas, não atinge o nível necessário de aprendizado e capacitação, sobretudo nas áreas em que a parte de habilidades manuais associada ao intelecto é importante. As aulas práticas, com assessoria especializada, contextualizadas com a rotina de um médico, permitem aos alunos compreender a lógica, a técnica e a importância dos princípios e técnicas básicas para a prática cirúrgica, além de permitir aliar a teoria e a prática dentro de um ambiente controlado, podendo repetir e refletir sobre o procedimento em caso de erro e garantindo também, a segurança dos futuros pacientes, dos alunos e aprimoramento das suas habilidades.

Palavras chave: habilidades cirúrgicas, alunos



CARCINOMA ADENOIDE CÍSTICO: RELATO DE CASO E BREVE REVISÃO DA LITERATURA

Gilmar Felisberto Junior, Cláudio Jose Rubira, Gerson Sardella Delsin, Leonardo Jordan Hansen

Universidade de Marília

Os tumores primários da traqueia são raros, constituem 2% de todos os tumores do trato respiratório. O carcinoma adenoide cístico (CAC) é a segunda causa de neoplasia traqueal primária¹. Não há predileção sexual e não têm associação com tabagismo^{2;3}. O tratamento é iminente cirúrgico e o prognóstico depende da localização da lesão e presença de metástases. Estudo descritivo (relato de caso). Paciente feminina, 63 anos, hígida, há cerca de 3 meses passou a experimentar sensação de dispneia aos grandes esforços, evoluindo com sintomas aos médios esforços. Foi realizada uma tomografia do tórax que mostrou lesão endotraqueal. O estudo anatomopatológico inicial sugeriu tratar-se de um adenocarcinoma. Em nosso serviço, foi feita nova biópsia que foi compatível com carcinoma adenoide cístico, diagnóstico confirmado pelo estudo imunohistoquímico. Devido localização distal do tumor (parede anterior da traqueia, próximo à emergência do brônquio principal direito, em íntimo contato com a carina) optamos por realizar a ressecção endoscópica da lesão e fazer tratamento adjuvante com radioterapia. A lesão foi retirada com broncoscopia flexível e auxílio de alça diatérmica de polipectomia. Atualmente encontra-se assintomática, em curso radioterápico e não há, até o momento, sinais de recidiva tumoral e presença de metástases. Descrito inicialmente como cilindroma por Billroth em 1856, o CAC é o segundo tumor mais frequente da traqueia. O quadro clínico é variável, depende da localização e tamanho do tumor. Pode facilmente ser confundido com asma, bronquite e doença pulmonar obstrutiva crônica⁴. A broncoscopia é o exame com maior acurácia para diagnosticar tumores endotraqueais. A espirometria mostra obstrução fixa da via aérea com diminuição do fluxo inspiratório e pico do fluxo expiratório. A ressonância magnética define a extensão da infiltração e a invasão local do mediastino². O tratamento envolve a ressecção do tumor e radioterapia. Uma revisão recente sugere que o tratamento ideal é a ressecção cirúrgica e a reconstrução da traqueia. Segundo Grillo, os critérios de irressecabilidade incluem comprometimento de mais de 60% da extensão traqueal, comprometimento da carina e presença de infiltração mediastinal⁴. Não há papel para quimioterapia³. A ressecção cirúrgica completa oferece melhor sobrevida¹. O prognóstico é bom se diagnosticado e tratado no momento certo⁵.

Palavras chave: traqueia; neoplasias da traqueia; broncoscopia

IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIRURGIA GERAL 2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS DA BOCA

LARA VARINI SOARES, LISANDRA AYUSSO, LUIZ HENRIQUE TORRES COTA, THAMIRIS VILAS BOAS NEVES, LUCIANA NORONHA SILVA

UNIVERSIDADE JOSE DO ROSARIO VELLANO

O carcinoma de células escamosas (CCE) da boca é o principal tumor maligno que acomete a cavidade bucal, correspondendo entre 90% a 95% dos casos de câncer na boca e a ocorrência na língua varia de 25% a 40%. Os principais fatores de risco são o tabaco e o álcool, sendo o álcool um fator mais significativo que o fumo, e o efeito simultâneo de ambos pode aumentar em até 100 vezes o risco. O CCE de boca se apresenta como uma úlcera de bordas elevadas, geralmente única e indolor, com a base endurecida podendo ou não estar associada a vegetações, manchas avermelhadas ou esbranquiçadas. Paciente S.A.R., sexo masculino, ex etilista e ex tabagista, deu entrada no Hospital Universitário Alzira Vellano dia 27 de abril de 2017 para uma cirurgia eletiva de exérese de lesão em assoalho de língua. Refere que a lesão surgiu há 1 mês, no qual procurou serviço odontológico e foi encaminhado ao serviço médico. Relata pouco aumento da lesão desde então, com leve dor e sangramento ao manipular. Análise do anatomopatológico (27 de janeiro de 2017): evidencia-se um fragmento de mucosa apresentando neoplasia epitelial constituída por células escamosas com importante atipias e infiltrado coriônico focalmente em sua porção superficial; nota-se infiltrado linfocítico, carcinoma de células escamosas com invasão superficial do córion em área focal associada a carcinoma escamoso em situ externo retirado com margens laterais comprometidas, aguardando a cirurgia. Realizada cirurgia dia 28 de abril com remoção do tumor de boca, esvaziamento cervical do lado direito e traqueostomia. Uso de Metronidazol e Ceftriaxona no pós-cirúrgico. Paciente segue internado até o presente momento. Fica evidente a importância do diagnóstico precoce para determinar o prognóstico no tratamento do câncer de boca. A cirurgia permanece como primeira opção de tratamento do CCE bucal. Faz-se necessárias campanhas de conscientização sobre os fatores de risco no consumo do álcool, de cigarros e ampliação dos riscos em sua combinação. Essas iniciativas possibilitam prevenção, tratamento e melhora na qualidade de vida e sobrevivência dos pacientes. Trata-se de um relato de caso atípico no qual foi usado a análise de prontuários do Hospital Universitário Alzira Vellano e pesquisa em bases de dados: Scielo, Pubmed e Up to Date.

Palavras chave: carcinoma células escamosas boca



CATARATA CONGENITA: UMA ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DAS CORREÇÕES CIRÚRGICAS REALIZADAS NA REDE PÚBLICA BRASILEIRA

Rogério Matheus de Moraes Júnior, Jocely Matheus de Moraes Neto, Bruno Matheus de Moraes, Amanda Rodenas, Eduardo Oliva Campos

UNOESTE

Catarata congênita é a opacificação do cristalino que ocorre no feto, em qualquer momento da gestação, sendo considerada uma das principais causas de cegueira em crianças, representando, aproximadamente, 40% dos casos. O atual estudo objetiva avaliar o perfil epidemiológico das cirurgias de catarata congênita realizadas em hospitais públicos, além de verificar o impacto econômico e a segurança dessa cirurgia. Foi realizado um estudo ecológico através da análise dos dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) contidos no Departamento de Informática do SUS (DATASUS), analisando-se as cirurgias de catarata congênita realizadas entre 2008 a 2016. Entre os anos de 2008 a 2016, foram realizadas 1206 cirurgias de catarata congênita na rede pública brasileira. O estado do Ceará registrou o maior número de cirurgias no Brasil, com 255 (21,14%) realizadas, seguido por São Paulo, Pará, Santa Catarina e Amazonas, com 227 (18,82%), 211 (17,49%), 139 (11,52%) e 93 (7,71%) correções cirúrgicas, respectivamente. Os únicos estados brasileiros com uma média de permanência superior a um dia foram o Acre, Alagoas, Piauí, Roraima, Distrito Federal e São Paulo, com uma média de 6, 4, 2, 1,5, 1,4 e 1,4 dias, respectivamente. Em relação ao valor médio de cada internação, Minas Gerais ocupou a primeira colocação, com um gasto médio de R\$657,44, seguida do Rio Grande do Sul, com R\$651,73, de Alagoas, com R\$588,67 e de São Paulo, com R\$549,88, ambos com valores superiores à média nacional, de R\$549,66. Os estados do Maranhão, Paraíba, Goiás, Pernambuco, Sergipe, Mato Grosso e Bahia apresentaram o menor valor médio por internação, ambos com R\$506,52. Dentre as 1206 cirurgias realizadas, foram registrados apenas dois óbitos, um ocorrido no Ceará, em 2012, e o outro em São Paulo, no ano de 2013. Ceará é o estado brasileiro com o maior número de cirurgias realizadas de catarata congênita. Acre, Alagoas, Piauí, Roraima, Distrito Federal e São Paulo são os únicos estados em que, na média, a internação hospitalar dura mais de um dia. Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Alagoas e São Paulo são os estados que mais gastam com cada internação. Conclui-se também que a cirurgia é relativamente segura, já que a taxa de mortalidade encontrada foi de 1,65/1000 cirurgias realizadas, sendo que apenas os estados de São Paulo e Ceará registraram óbitos.

Palavras chave: Extração de Catarata; Epidemiologia; Procedimentos Cirúrgicos Oftalmológicos



CIRROSE HEPÁTICA POR DEFICIÊNCIA DE ALFA-1-ANTITRIPSINA: RELATO DE CASO

Tatiane Cristina Oliveira Giguek, Rafael Baldissera Cardoso, Francisco de Agostinho Junior

UNIMAR

A deficiência de alfa-1 antitripsina é um distúrbio de herança autossômica co-dominante que afeta principalmente pulmão e fígado. É uma glicoproteína produzida principalmente no fígado e tem como função inativar principalmente a elastase neutrofílica. Na sua ausência, ocorre sua polimerização e acúmulos de seus polímeros dentro dos hepatócitos causando dano tecidual. Afeta 1 em cada 1.600/2.000 neonatos e manifestações hepáticas são esperadas somente em 10% dos casos. R.S.I.S, sexo masculino, 11 anos. Aos 3 meses apresentou hepatoesplenomegalia, sendo submetido à biópsia hepática e diagnosticado com cirrose micronodular de padrão biliar por deficiência de alfa 1 antitripsina. É portador de Paraparesia Espástica Familiar (pai com paralisia cerebral) possuindo comprometimento motor de caráter crônico e permanente, caracterizado por déficit de força muscular e hipertonia mais evidentes em membros inferiores. Mantém seus níveis de alfa 1 antitripsina entre 2,2 e 3,8 (normal de 88 a 174), plaquetas entre 39.000 e 60.000, ausência de sangramentos. Sorologias negativas. Ao exame físico, apresentava, além de cicatrizes da biópsia e por apendicectomia prévia, apresentava discreta circulação colateral e leve hepatoesplenomegalia. Nega quadro de icterícia. evoluindo bem sem medicação. Orientado quanto a dieta e sessões de fisioterapia. Mantém consultas de acompanhamento, evoluindo bem sem medicação. Orientado quanto a dieta e sessões de fisioterapia. A deficiência resulta de diferentes mutações no gene SERPINA1, sendo a mais relacionada à doença clínica a do alelo Z. A forma pulmonar prevalente é o enfisema, decorrente do nível baixo de alfa 1 antitripsina acarretando desequilíbrio na relação funcional protease-antiprotease. Já a hepatopatia é causada pelo acúmulo de polímeros no interior dos hepatócitos e se caracteriza por icterícia colestática que regride até os 6 meses, evoluindo posteriormente para cirrose. O diagnóstico é feito a partir da investigação de sintomas respiratórios, que o paciente não possuía, e apenas 3% o deve-se a doença hepática. O prognóstico se relaciona com complicações da cirrose e carcinoma hepatocelular. A deficiência de alfa 1 antitripsina causando doença hepática sem doença pulmonar é raro. O presente caso levantou a importância do contato com tal patologia, reconhecendo os sintomas da hepatopatia para sua investigação.

Palavras chave: Cirrose hepática; alfa 1 antitripsina; deficiência.



CIRURGIA CITORREDUTORA COMPLETA ASSOCIADA A QUIMIOTERAPIA INTRAPE- RITONEAL HIPERTÉRMICA NO TRATAMENTO DE PSEUDOMIXOMA PERITONEAL

Laura Arcangelo Nakamura, Renan Marco Pereira, Rafael Nakamura Atolino

Universidade Brasi

O pseudomixoma peritoneal (PMP) é listado como uma doença rara pela NIH Office of Rare Diseases Research e National Organization for Rare Disorders. É uma condição caracterizada por grande produção de mucopolissacáridos por um epitélio neoplásico, geralmente de tumores primários localizados no apêndice ou no ovário. Sua incidência anual é estimada em 1/1,000,000, com predominância no sexo feminino. Evidências científicas mostram que o melhor tratamento para PMP é a cirurgia citorredutora completa seguida de quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (QtIPH). A metodologia aplicada foi o levantamento bibliográfico nos bancos de dados da BVS, SCIELO, Portal de Periódicos da CAPES e PubMed, totalizando 21 referências utilizadas. PMP foi classificado em três categorias de diagnóstico: adenomucinoses peritoneal disseminada (AMPD), carcinomatose mucinosa peritoneal (CAMP) e grupo intermediário (GI). Sugarbaker realizou um estudo longitudinal prospectivo de 109 pacientes com PMP para avaliar a utilidade prognóstica desta classificação patológica e concluiu que os pacientes com AMPD tiveram uma sobrevida de 10 anos de 68%, enquanto os com GI e CAMP tiveram prognóstico relativamente pior, com taxas de sobrevida a 10 anos de 21% e 3%, respectivamente (P .0001). O PMP de origem apendicular ou ovariano tem como características biológicas serem tumores não ou pouco invasivos, o que facilita a citorredução e, portanto, se associam ao bom prognóstico. A cirurgia consiste em uma incisão longitudinal no abdome a fim de explorar a cavidade abdominal e então realizar a exérese de tumores macroscópicos. Após a citorredução, passa-se à fase da perfusão intraperitoneal contínua com QtIPH. Um cateter de infusão quadrifurcado é inserido na cavidade e tem suas extremidades posicionadas nos espaços subdiafragmáticos esquerdo e direito, no mesogástrico e na cavidade e durante noventa minutos à temperatura de 43° e 44°C é infundida a solução. Tratando-se de uma condição de caráter macroscópico e microscópico, a cirurgia citorredutora completa seguida de QtIPH tem sido comprovada através de evidências científicas como o melhor tratamento para a doença. Apesar de se tratar de um procedimento relativamente novo e ainda carente de estudos prospectivos aleatorizados foi possível concluir que a cirurgia citorredutora associada à QtIPH é um procedimento cirúrgico padrão-ouro para PMP.

Palavras chave: Pseudomixoma Peritoneal, Cirurgia Citorredutora, Quimioterapia Intraperitoneal Hipertérmica



CIRURGIA DE RECONSTRUÇÃO DE RAIZ DA AORTA EM CONSEQUÊNCIA DE ANEURISMA DA AORTA ASCENDENTE: RELATO DE CASO

Jilvando Matos Medeiros, Caio Brenno Abreu, Ildson Vinicius Lima de Melo, Marcus Vinicius Meirelles Rodrigues, Mirtes Okawa Essashika do Nascimento, Francisco Israel de Freitas Souza

Universidade Federal de Roraima

O aneurisma da aorta torácica é uma dilatação anormal do segmento, maior que 50% do diâmetro do vaso. Com esse aumento gradativo, ocorre um enfraquecimento da aorta cada vez mais, ocasionando a possibilidade de dissecação e ruptura da aorta. Os indivíduos com aneurisma da aorta apresentam frequentemente, condições clínicas concomitantes. Relato de caso de um paciente do sexo masculino, 48 anos, pardo, hipertenso, ex-tabagista, com queixas de cansaço aos pequenos esforços. O ecodopplercardiograma transtorácico evidenciou aorta ascendente aneurismática 7,4 cm, dilatação importante do átrio esquerdo e moderada em ventrículo esquerdo. Solicitado tratamento fora domicílio, por não ter serviço disponível no estado de Roraima, o cateterismo foi realizado em Goiânia, onde confirmou o aneurisma e circulação coronária com padrão obstrutivo biarterial. Foi internado e submetido a cirurgia de reconstrução de raiz da aorta com conduto valvado e ponte safena para coronária direita, tempo de circulação extra corpórea (CEC) 48 minutos, teve boa evolução, recebeu alta hospitalar. O caso apresentado teve como critério para o tratamento cirúrgico profilático, o aneurisma da aorta torácica maior que 5,5 cm, levando em consideração o risco de ruptura associado às comorbidades e etiologia do aneurisma e/ou redução da expectativa de vida de 20% a 40%, devido ao seu diâmetro de 7,4 cm. Aproximadamente 75% dos aneurismas da aorta são assintomáticos e diagnosticados ao acaso em exames de rotina ou na investigação de outras doenças. Além do tamanho, hipertensão arterial sistêmica e doença pulmonar obstrutiva crônica são fatores de risco para ruptura do aneurisma. O comprometimento das coronárias foi demonstrado no cateterismo pré-operatório, tornou possível a programação de revascularização miocárdica durante a reconstrução da raiz da aorta.

Palavras chave: Aneurisma da aorta; reconstrução da aorta; cirurgia preventiva.



COLECISTITE ACALCULOSA AGUDA EM PACIENTE DO SEXO FEMININO PREVIAMENTE HÍGIDO: RELATO DE CASO

José Eduardo Mourão Morais, Edson Freire Fonseca, Guilherme Mendonça Resende, Lúza Pereira Lopes

UNIPAM

A colecistite acalculosa aguda (CAA) refere-se a uma inflamação da vesícula biliar (VB) sem indícios de cálculos biliares. Pressupõe-se que essa condição ocorra em 2 a 15% das colecistites agudas. É mais comum no sexo masculino e trata-se de uma doença grave, geralmente diagnosticada em pacientes que sofreram trauma grave ou enfermidade crítica, denotando alta taxa de mortalidade (41%) e complicações (40 a 100%). Contudo, pode aparecer em pacientes assintomáticos e previamente hígidos. Estudo retrospectivo de relato de caso. Paciente de 32 anos, feminino, previamente hígido, admitido no Hospital Nossa Senhora de Fátima com quadro de epigastralgia forte, distensão abdominal e vômitos há três dias. Negou qualquer outro sintoma. Realizaram-se exames laboratoriais com provas inflamatórias positivas e também exames de imagem, uma ultrassonografia total de abdome, que evidenciou sinais de inflamação da vesícula biliar, sem a evidencia de cálculos. Houve melhora do estado e devido ao quadro lhe foi dado um controle ambulatorial. No entanto, apesar dessa melhora, o paciente apresentou em uma reavaliação, quadros de dor em hipocôndrio direito, vômitos, distensão abdominal e então, foi feita uma tomografia computadorizada, evidenciando sinais compatíveis com a colecistite acalculosa aguda. Foi indicada então, uma colecistectomia de urgência. O pós-operatório foi bem sucedido. A colecistite acalculosa aguda é uma patologia rara, porém, com alta taxa de mortalidade e de difícil diagnóstico. Está presente em pacientes críticos, em estado grave, hospitalizados crônicos, contudo, pode manifestar-se em pacientes hígidos.

Palavras chave:Colecistite acalculosa aguda, feminino, hígido.



COLEDOCOLITIASE PRIMÁRIA - RELATO DE CASO

Nycolle Arantes Torres Carvalho, Rodolpho César Oliveira Mellem Kairala, Isabella da Cruz Pizarro, Gustavo Rivelli Lamboglia, Guilherme Rivelli Lamboglia

Universidade Brasil

Coledocolitíase (CDL) corresponde à presença cálculo no interior do colédoco. Divide-se em primária e secundária. A CDL primária representa a forma mais rara, responsável por cerca de 10% dos casos. Os cálculos se formam diretamente no colédoco, para sua ocorrência é preciso que a bile esteja cronicamente infectada por bactérias, o que ocorre em casos de obstrução prévia da via biliar ou, muito raramente, parasitismo das vias biliares. A CDL secundária é responsável pelos outros 90% dos casos, constitui-se como uma complicação da colelitíase, nesses casos, cálculos originários da vesícula biliar migram até o colédoco, podendo ocorrer até dois anos após colecistectomia devido a coledocolitíase residual. Relato de caso obtido após revisão de prontuário médico e revisão literária. Feminino, 25 anos, encaminhada para pronto atendimento de cirurgia geral com queixa de dor abdominal em hipocôndrio direito há 5 dias, dor em queimação, com irradiação em faixa e para as costas, intermitente, com duração de 30-60 minutos após alimentação, aliviada com uso de analgésicos e antieméticos. Relata ter realizado colecistectomia videolaparoscópica há pouco mais de 3 anos. Solicitados exames: GamaGT: 401 U/L, BT: 1,05 mg/dL, BD: 0,51 mg/dL, BI: 0,54 mg/dL, USG: Imagem sugestiva de cálculo em colédoco com dilatação do mesmo. Como a colecistectomia da paciente havia sido realizada há mais de 2 anos, considerou-se a hipótese diagnóstica de coledocolitíase primária. Realizada colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) com papilotomia e retirada do cálculo. As manifestações clínicas de coledocolitíase (CDL) particularmente se comportam com dor do tipo biliar. Os testes laboratoriais revelam colestase associada a provas hepáticas anormais, com elevação dos níveis de bilirrubina sérica, das concentrações séricas de ALT e AST, de fosfatase alcalina e de gamaGT. O diagnóstico de CDL baseia-se, na maioria dos casos, em critérios clínicos, laboratoriais e ultrassonográficos. Na suspeita de CDL, o próximo exame a ser realizado, geralmente, é a CPRE, método considerado padrão-ouro para o diagnóstico de cálculo no colédoco, além de apresentar função terapêutica, através da extração dos cálculos. A anamnese, quando realizada corretamente, tem papel fundamental na diferenciação etiológica da coledocolitíase primária e secundária.

Palavras chave: Coledocolitíase primária, CPRE

IV CONGRESSO INTERNACIONAL
DE CIRURGIA GERAL

2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



COLELITIASE COM POSTERIOR COLECISTECTOMIA DE EMERGENCIA EM PACIENTE PRE-ESCOLAR: RELATO DE CASO

Jaqueline Sanches Vick Francisco, Amanda Oliva Spaziani, Amanda Bergamo Bueno, Bárbara Mayume de Sousa, Leonardo Faidiga, Nelize Maioli Caetano

UNIVERSIDADE BRASIL

A colelitíase na infância é um dado raro na literatura. Porém, tem aumentado em crianças e adolescentes pelo maior número de situações clínicas predisponentes, como a obesidade ou melhora dos métodos diagnósticos. No entanto, o fator predominante para litíase biliar em crianças mais descrito na literatura é a doença hemolítica. Além de outros fatores como: prematuridade, malformação de vias biliares, doenças hepatobiliares, nutrição parenteral prolongada, ceftriaxone, sepse, fibrose cística, cirurgia abdominal ou cardíaca e enterocolite necrotizante. Objetivo: Considerando a importância do caso, esse trabalho visa relatar um caso de colelitíase com posterior colecistectomia em paciente pediátrico. Trata-se de um relato de caso realizado a partir de informações do prontuário e revisão literária. C.P.C, masculino, 6 anos, admitido em pronto atendimento com febre e dor em hipocôndrio direito. Ao exame físico: corado, hidratado, acianótico, anictérico, nutrido e eupneico. Exame abdome demonstrando ruídos hidroaéreos normais, dor à palpação abdominal profunda em hipocôndrio direito, descompressão brusca e Murphy negativos. Exames complementares: USG de abdome total apresentando vesícula biliar com topografia, forma e volume normais com presença de duas imagens hiperecogênicas, móveis, produtoras de sombra acústica posterior e diâmetro de 0,64cm sugestiva de cálculos e hemograma apresentando leucocitose com neutrofilia e linfopenia. Foi diagnosticado com colelitíase por USG e encaminhado para cirurgia. Conduta de colecistectomia e herniorrafia umbilical. Evolução pós-operatória: 10 pontos Score de Aldrete Kroulik (A/K), RHA diminuídos, som timpânico, resistente à palpação e doloroso no local da incisão. Incisão de Cosher e incisão longitudinal em região umbilical sem sinais flogísticos. Paciente evoluiu sem complicações. O aumento da prevalência de litíase biliar em crianças e adolescentes se deve à maior prevalência de obesidade. Pacientes lactentes e pré-escolares apresentam sintomas inespecíficos, sendo a icterícia o sinal mais frequente nos lactentes e cólica biliar em crianças. A ultrassonografia é o método diagnóstico de escolha. O tratamento é representado pela colecistectomia que é segura e eficaz com baixo risco de complicações e pouco tempo de internação, enfatizando a necessidade de treinamento adequado dos cirurgiões pediátricos.

Palavras chave: Colelitíase; Colelitíase em Pré-Escolar; Emergência em Pré-Escolar.

IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIRURGIA GERAL 2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



COLEPERITONIO SECUNDARIO A COLECISTITE CRONICA ALITIASICA.

Anna Laura Baduy FERREIRA, Rafael Fernandes BRASILEIRO, Luiz Maquez KUERT, Gabriele Castro MARÇAL, Bruno José Rodrigues PARREIRA, Carlos Eduardo Oliveira SODERO

Universidade de Uberaba

Coleperitônio é a presença de bile na cavidade peritoneal. Suas manifestações clínicas variam desde dor abdominal de baixa intensidade a peritonite difusa. Pode vir acompanhado de febre, icterícia e leucocitose, dependendo da quantidade de bile na cavidade. Tem como principais causas trauma após cirurgia de via biliar, necrose do coto do ducto cístico pós-colecistectomia, colecistite aguda e tumores pancreáticos. O objetivo desse trabalho é relatar caso de coleperitônio não decorrente de nenhuma das causas mais comuns, e sim secundário à uma colecistite crônica alitiásica, condição que acomete pacientes em estado grave. E. J. P, masculino, 67 anos, admitido em Unidade de Terapia Intensiva em choque cardiogênico por Insuficiência Cardíaca Congestiva descompensada. Na internação evoluiu com icterícia, ascite, plaquetopenia e leucocitose. Realizados exames: Bilirrubina total: 45,69; Bilirrubina direta: 39,83; Bilirrubina indireta: 5,83; e Tomografia Computadorizada (TC) de Abdome, sendo visualizado líquido livre concentrado em abdome superior, não sendo visualizado vesícula biliar na TC. Foi diagnosticado coleperitônio através de punção intraperitoneal guiada por ultrassonografia. Realizado laparotomia mediana, sendo aspirados 3 litros de secreção biliosa da cavidade. Visualizado vesícula biliar atrofiada com bloqueio e aderências, e realizado ressecção anterógrada da vesícula do leito hepático. Inspeção do hilo sem identificação das estruturas anatômicas (ducto e artéria cística). Foi feita secção e observado abertura no colédoco. Realizado colangiografia que evidenciou via biliar pérvia. Posicionado dreno de Kehr na abertura. No anatomopatológico foi verificado vesícula biliar medindo 4 cm, com diâmetro de 1,5 cm e luz vazia. Devido à ausência de cálculos e achados de fibrose em parede, foi diagnosticado colecistite crônica inespecífica. Após a cirurgia, paciente manteve níveis normais de bilirrubinas com ausência de líquido em cavidade peritoneal. Conclui-se que o caso de coleperitônio não teve como etiologia causas comuns como trauma de via biliar, complicações de colecistectomia e tumores, ocorrendo devido à perfuração na vesícula secundária à um processo de colecistite crônica alitiásica em paciente com choque cardiogênico, visto que houve retorno aos níveis normais de bilirrubina após drenagem da cavidade peritoneal e colecistectomia.

Palavras chave: Coleperitônio; Colecistite Crônica Alitiásica.



COLOSTOMIA A HARTMANN PÓS TERAPIA NEO-ADJUVANTE NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE RETO BAIXO: RELATO DE CASO

Bianca Ruiz Lima, José Pereira de Vasconcelos Junior

Unibrasil

A operação de Hartmann caracteriza-se pela realização de uma colostomia terminal e o fechamento do coto distal do intestino grosso, geralmente o reto. Descrita em 1921 por Henri Albert Hartmann visa reduzir a mortalidade relacionada à deiscência de anastomoses colorretais primárias¹. Os pacientes submetidos à operação são geralmente pacientes graves com comorbidades importantes, ou com outras condições locais inadequadas para anastomose primária². Dessa forma, o presente trabalho visa apresentar a experiência dessa técnica cirúrgica, assim como o impacto do tratamento neoadjuvante nos resultados pós-operatórios. As informações contidas neste trabalho foram obtidas por meio de análise do prontuário, entrevista com o paciente, e revisão da literatura nas bases Medline, LILACS, SciELO e Pubmed além da consulta a periódicos e livros texto. O tratamento proposto teve êxito, em relação à terapia neoadjuvante o exame de imunoistoquímica revelou células epiteliais atípicas com alterações degenerativas, o que favorece o diagnóstico de adenocarcinoma residual regressivo com alterações pós quimioterapia. No que se refere a técnica cirúrgica, a operação de Hartmann foi a melhor escolha devido a fragilidade de um paciente oncológico. Além disso ao exame intra operatório, apresenta ressecção cirúrgica proximal e distal livres de neoplasia. Aguarda cirurgia para reconstrução do trânsito colônico. Conclui-se que a terapia neoadjuvante foi fator fundamental para o sucesso da técnica de Hartmann, visto que o tumor adquiriu um aspecto regressivo. A suspeição clínica associada a exames complementares de imagem permitem um diagnóstico e abordagem terapêutica precoce, garantindo melhor qualidade de vida ao paciente e a família.

Palavras chave: Colostomia a Hartmann, Terapia neoadjuvante, Câncer de reto baixo

IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIRURGIA GERAL 2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



COMPLICAÇÕES TARDIAS APOS CIRURGIA BARIATRICA: EXCESSO DE PELE APOS PERDA DE PESO E HERNIA INCISIONAL

Gilberto Borges de Brito, Thiago Sivieri, Shiniti Morita, Nazir Elias Chalela Ayoub, Gabriela Leopoldino da Silva, Gabriela Gouvea Silva

FAMERP

As complicações pós operatórias (PO) da cirurgia bariátrica podem ser divididas em precoces e tardias, tendo como referência o período de 2 semanas. Entre estas complicações, há as relacionadas à perda de peso, como colelitíase, excesso de pele e alterações psíquicas e as relacionadas devido ao excesso de peso, que eleva a pressão intra-abdominal, resultando em alta incidência de hérnias (incisionais - 24%). A perda de peso do PO tem inúmeros benefícios, porém gera efeitos negativos, como o excesso de pele, que pode causar eczema de fricção, infecções de pele, dificuldade higiênica, limitação funcional, estresse psicológico e diminuição da libido sexual. 68-92% dos pacientes bariátricos necessitam de cirurgia plástica, mas apenas 11-21% procuram o procedimento, que pode ajudar na manutenção do peso pós-operatório e evitar as complicações pelo excesso de pele. Revisão de prontuário e literatura médica. Homem, 51 anos, submetido cronologicamente a Bypass gástrico em Y de Roux com 190 kg (IMC 65,74 kg/m²), hernioplastia incisional de urgência por encarceramento e hernioplastia inguinal direita de urgência por novo encarceramento entre 2015-2017. Comparece à emergência em agosto de 2017, pesando 95 kg, apresentando excesso de pele concentrado em andar inferior do abdome, determinando limitação física e dificuldade de higiene. Queixava-se de dor em região inguinal esquerda, com irradiação para hipogástrico e incapacidade de redução do saco herniário há 7 dias, com evolução para febre, hiperemia e edema de parede abdominal há 1 dia. Internado para tratamento de celulite e realização de hernioplastia inguinal esquerda com dermolipectomia higiênica. Realizada cirurgia proposta com o excesso de pele retirado pesando 5,5 kg. Após a perda de peso, o excesso de pele não causa apenas prejuízos psicológicos ao paciente, mas também complicações que elevam sua morbimortalidade e prejudicam a sua capacidade funcional. A correção de hérnias no contexto bariátrico deve ser valorizada, evitando cirurgias de urgência por complicações, que elevam o risco cirúrgico.

Palavras chave: cirurgia bariátrica; perda de peso; excesso de pele; hérnia incisional; hernioplastia incisional; dermolipectomia; celulite

IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIRURGIA GERAL 2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



CONTEUDO TECIDUAL DE SULFOMUCINAS E SIALOMUCINAS NA MUCOSA COLICA DESPROVIDA DE TRANSITO INTESTINAL SUBMETIDA A INTERVENÇÃO COM CURCUMA L. (CURCUMINA)

REGINA GREILBERGER, ANDRESSA M GARISTO, ANTONIO JOSÉ TIBURCIO ALVES JR, JOAQUIM SIMÕES NETO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, JOSÉ ALFREDO REIS NETO

Clínica Reis Neto

A colite de exclusão é uma doença inflamatória que acomete segmentos do intestino grosso desprovidos de trânsito intestinal. Sua patogênese está relacionada a deficiência de ácidos graxos de cadeia curta, produção de radicais livres de oxigênio e lesão tecidual por quebra da barreira mucosa, inclusive com redução do conteúdo tecidual de mucinas ácidas. A curcumina, tem efeito antioxidante, e teoricamente poderia ser utilizada na colite de exclusão com propósitos terapêuticos. Trinta e seis ratos foram submetidos à derivação do trânsito por colostomia proximal e fístula mucosa distal. Os animais foram divididos em três grupos segundo receberem enemas diários com solução fisiológica 0,9%, curcumina nas concentrações de 50 mg/kg/dia ou 200 mg/kg/dia, respectivamente. Cada grupo foi dividido em dois subgrupos, segundo a eutanásia ser realizada após duas ou quatro semanas. As mucinas ácidas na mucosa foram identificadas por histoquímica pela técnica do Azul de Alcian. A expressão tecidual de sulfomucinas e sialomucinas foi identificada pela técnica da diamina de ferro alto alcian-blue (HID-AB) e seu conteúdo tecidual mensurado por análise de imagem assistida por computador. Para análise dos resultados utilizou-se os testes de Mann-Whitney e ANOVA, adotando-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$). A intervenção com curcumina em ambas as concentrações utilizadas aumentou o conteúdo tecidual de mucinas ácidas totais. Houve aumento no conteúdo de sulfomucinas nos animais submetidos a intervenção com curcumina após duas semanas ($p < 0,00001$) e após quatro semanas ($p < 0,00001$), havendo relação com dose de aplicação. Ocorreu aumento no conteúdo de sialomucinas relacionando-se com a concentração utilizada ($p < 0,00001$) e ao tempo de intervenção ($p < 0,00001$). Enemas com curcumina aumentam o conteúdo de mucinas ácidas no cólon excluído de trânsito intestinal, apresentando dependência de dose e tempo de intervenção.

Palavras chave: Colite, cólon, curcumina, sulfomucinas, sialomucinas.

IV CONGRESSO INTERNACIONAL
DE CIRURGIA GERAL

2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



DETECÇÃO DE “LEAKS” BILIARES UTILIZANDO-SE COLANGIORESSONANCIA MAGNÉTICA COM CONTRASTE HEPATOBILIAR-ESPECÍFICO

Daniel Alvarenga Fernandes, Daniel Lahan Martins, Ricardo Hoelz de Oliveira Barros, Elaine Cristina de Ataíde, Ilka de Fátima Santana Ferreira Boin, Nelson Marcio Gomes Caserta

FCM/ UNICAMP

A detecção precoce do extravasamento biliar após cirurgia hepatobiliar e/ ou trauma está relacionada à redução da morbimortalidade. Com a introdução relativamente recente na prática clínica em nosso meio, o agente de contraste hepatobiliar específico (AHBE) em ressonância magnética (RM) tem sido estudado na avaliação em conjunto com a colangioressonância magnética (Colangio-RM) nestes pacientes após cirurgia e/ou trauma com suspeita de lesão da via biliar. Não há conflitos de interesse nesta apresentação. Objetivo(s): Demonstrar o valor da colangioressonância magnética (Colangio- RM) com o uso do AHBE no diagnóstico de “leaks” biliares. Estudo longitudinal do tipo coorte histórico baseado em projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Institucional, com 265 exames de RM que utilizaram o AHBE, sendo que 25 Colangio-RM com AHBE foram realizadas em pacientes com suspeita de “leaks” biliares. Os resultados foram comparados com a evolução clínica, colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) ou cirurgia, quando efetuada. Dos 25 pacientes, em oito comprovou-se a existência de “leak” biliar, seja através da visualização direta do extravasamento ou da comunicação com coleção pré-existente. Em três destes pacientes, apenas nas fases hepatobiliares mais tardias foi possível a localização do extravasamento. Vantagens observadas incluíram a rapidez; possibilidade de avaliação global da via biliar, além de ser método não invasivo. Limitações incluíram dificuldade de apnéia; níveis aumentados de bilirrubina (\square 3mg/dl) e ferritina, que podem ter o efeito do AHBE reduzido; e a presença de falsos negativos nas fases hepatobiliares após 20 minutos em grandes bilomas, já que estes podem exercer pressão sobre a árvore biliar e permitir excreção do meio de contraste e detecção da fístula apenas em fases mais tardias (após 30 minutos). O emprego da Colangio-RM com AHBE permitiu o aumento da eficácia na detecção e localização de “leaks” das vias biliares em relação a Colangio-RM isoladamente, mostrando-se método relevante para o diagnóstico precoce e melhora da morbimortalidade desta complicação. Os nossos resultados concordam com os poucos dados existentes na literatura e embora sejam ainda preliminares, demonstram método promissor para esta investigação.

Palavras chave: Lesão de via biliar; doenças de vias biliares; ressonância magnética; meios de contraste; contrastes hepatobiliares.

IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIRURGIA GERAL 2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE ABDOME AGUDO – RELATO DE CASO DE DIVERTICULITE DO DIVERTICULO DE MECKEL

Júlio César Magri, Fernanda Cristina Cunha, FLÁVIA CRISTINA NOVAES GERBER

Universidade Federal de Santa Catarina

O divertículo de Meckel (DM) é a má formação congênita mais comum do trato gastro intestinal, presente em 1 a 4 % da população. Sua origem está relacionada a falha na obliteração do ducto onfalomesentérico e está localizado geralmente na borda antimesentérica do íleo há 60 a 90cm da válvula ileocecal. Raramente sintomático, entra no diagnóstico diferencial de abdome agudo nos adultos. Trabalho com objetivo : Relatar caso de Diverticulite do divertículo de Meckel em paciente do Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Paciente E.S, 41 anos, vendedor, procedente de Florianópolis SC. Admitido no HU UFSC em 20/04/2016 com náuseas e dor abdominal em flanco direito há 2 dias, hiporexia e febre. Exame físico : Regular estado geral, afebril, dor à palpação do flanco direito e ausência do Sinal de Blumberg. RX de abdômen sem alterações. Leucócitos 15930 sem desvio. Tomografia (21/4/2016): Segmento de alça em fundo cego que origina-se a partir do íleo na altura do rim direito, de paredes espessadas, com densificação dos planos gordurosos adjacentes, com calibre de 2,3 cm, sugerindo divertículo de Meckel com processo inflamatório. Apêndice cecal não visualizado. Laparotomia exploradora no dia 21/04/2016. Identificado plastrão em mesogástrio, lesão sugestiva de divertículo de Meckel, edemaciado, hiperemiado, com fibrina e base viável. Realizado diverticulectomia com stapler número 80 na base do divertículo, sem intercorrências com apendicectomia de oportunidade. Paciente evoluiu bem, com alta hospitalar no dia 24/4/16 Patologia : Apêndice com apendicopatia obliterante, serosa parda e brilhante. Divertículo de Meckel : segmento sacular de alça entérica com serosa opaca, parcialmente recoberta por material brancacento e friável, 8,8 x 5,2 x 4,2 cm. Solução de continuidade com diâmetro 0,9 cm. Na abertura, saída de material purulento, superfície amarelada, áreas enegrecidas e friáveis. Paredes espessadas 1.2 cm. Segundo Soltero e colaboradores, apenas 4% dos DM complicam, muitas vezes com quadro indistinguível de apendicite aguda no adulto, o que torna o diagnóstico um desafio. O cirurgião deve colocar essa doença no diagnóstico diferencial nesses casos, seja através da pesquisa da diverticulite do DM na exploração da cavidade ou através de exames complementares para dúvidas diagnósticas nos pacientes com abdome agudo.

Palavras chave: Meckel Divertículo

IV CONGRESSO INTERNACIONAL
DE CIRURGIA GERAL

2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE HERNIA INGUINAL ESTRANGULADA E ISQUEMIA MESENTERICA

Laila Morais Nahass Franco, Ana Claudia Rocha Sales, Paloma Feitosa Pinho Gomes, Pâmela Oliveira Tannús, Jardel Borges Silva, Jorge Viana de Melo

faculdade atenas

A isquemia mesentérica aguda tem etiologias como: embólica, trombótica e isquêmica sem oclusão. Possui diagnóstico de exclusão, uma vez que o exame físico não condiz com a gravidade da doença. A principal complicação é a necrose gastrointestinal que quando instalada cursa com altas taxas de mortalidade devido ao diagnóstico e tratamento retardado. Tem como alguns diagnósticos diferenciais pancreatite e hérnia estrangulada. Esta diferencia-se apenas cirurgicamente. Hérnias estranguladas tem como sintomatologia desde náuseas, vômitos, sudorese, dor abdominal até hipotensão arterial, lipotimia e parada da eliminação de fezes. No exame físico é possível observar sinais como tumoração e hiperemia. Em alguns casos encontram-se isquemia. Revisão bibliográfica e de prontuário CHS, 70 anos, deu entrada no pronto atendimento de cirurgia referindo dor abdominal intensa com início há 3 horas, associada à parada de eliminação de fezes e flatos. Ao exame apresentava-se taquicárdico, sudoreico e dispneico; foi evidenciado abaulamento irreduzível acompanhado de sinais isquêmicos em região inguinal esquerda, teve diagnóstico de hérnia inguinal estrangulada. Realizou-se inguiniotomia imediata, e durante a dissecação do saco herniário identificou-se a presença de sofrimento intestinal importante. Então, converteu-se para laparotomia exploradora em que visualizou infarto enteromesentérico com acometimento de jejuno e íleo fazendo a ressecção destes segmentos. O paciente evoluiu com síndrome do intestino curto, sendo admitido hemodinamicamente instável na Unidade de Terapia Intensiva. No terceiro dia do pós-operatório, foi a óbito. Com o progressivo envelhecimento da população, as síndromes isquêmicas intestinais vêm se tornando mais frequentes. O caminho para a redução da mortalidade pela isquemia intestinal requer uma combinação de métodos diagnósticos sofisticados e a escolha certa e rápida do tipo de tratamento para cada caso. A história de hérnia inguinal e quadro clínico apresentado pelo paciente levaram a conclusão de encarceramento da mesma. No entanto houve um equívoco neste diagnóstico que somado ao tempo de evolução causou o mau prognóstico e óbito do paciente.

Palavras chave: hérnia inguinal estrangulada - isquemia mesentérica



DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE MASSAS EM REGIAO INGUINAL: DOENÇA DA ARRANHADURA DO GATO COMO UM ACHADO RARO.

Edson Garcia Fontes, Maria Fernanda Martinelli Trabulsi, José Maurício Caldeira Filho, Eduardo Sônego Toledo, Murilo Assis Silva, Aline Patrícia Soares Dias Souza

Santa Casa de São José do Rio Preto

As massas em região inguinal unilateral são queixas frequentes nos atendimentos ambulatoriais e até mesmo na urgência/emergência. A doença da arranhadura do gato (DAG) pode se manifestar como linfonodomegalia em região inguinal, apresentação atípica e muito rara, podendo comprometer órgãos viscerais (fígado e/ou baço) com desfechos variados. Análise de prontuário. E.L.S., masculino, 50 anos, natural e procedente de Novo Horizonte-SP, atendido no ambulatório da Santa Casa de São José do Rio Preto com história de tumoracão em região inguinal direita há cerca de 6 meses associada a febre não termometrada, adinamia, hiporexia e perda de peso não quantificada desde o início dos sintomas. Ao exame físico, presença de linfonodos inguinais a direita com sinais de processo inflamatório em curso sem ulceração, além de dor abdominal discreta a palpação profunda em fossa ilíaca direita. Os exames laboratoriais (hemogramas) revelaram apenas discreta leucocitose com linfocitose inespecífica em uma única ocasião, logo no início do quadro. Realizou tomografia de abdome na qual foi possível observar linfonodos proeminentes nas cadeias mesentérica, paraórtica, ilíacas comum, interna e externa à direita. Posteriormente, foi encaminhado para realização de biópsia inguinal que exibiu processo linfoproliferativo, com áreas de necrose de liquefação compatíveis com três possíveis diagnósticos, a saber: virose (mononucleose), molétia de Hodgkin ou DAG. Procedeu-se, em seguida, com realização de imunohistoquímica que demonstrou linfadenite crônica granulomatosa necrotizante, afastando doenças neoplásicas e sugerindo a DAG como uma possibilidade, havendo necessidade de correlação clínica para corroborar o diagnóstico. Paciente apresentava história epidemiológica positiva de contato com gatos. Assim, foi iniciado tratamento de 3 ciclos de 5 dias com azitromicina, apresentando resposta clínica satisfatória. Os diagnósticos diferenciais das massas em região inguinal são amplos, dentre os quais podemos citar hérnia inguinal encarcerada ou crural, pseudoaneurisma e linfadenopatias. A linfadenomegalia, por sua vez, regional ou disseminada constitui verdadeiro desafio e podem ser divididos em causas infecciosas e não infecciosas. O caso acima, portanto, reforça para o cirurgião a importância da DAG como um possível diagnóstico no processo de investigação das linfadenopatias.

Palavras chave: Massas em Região Inguinal; Diagnóstico Diferencial; Doença da Arranhadura do Gato.



DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍNDROME DE MIRIZZI: REVISÃO DA LITERATURA

Rennan Moreira, Matheus Lopes Puls, Murilo Chiodini Berto

Universidade de Araraquara

A síndrome de Mirizzi (SM), também denominada de síndrome de compressão biliar extrínseca, é uma complicação rara da colecistite e colelitíase crônica, secundária à obstrução do infundíbulo da vesícula biliar ou ducto cístico, causada pelo impacto de um ou mais cálculos nessas estruturas anatômicas, o que leva a compressão do ducto biliar adjacente, resultando em obstrução parcial ou completa do ducto hepático comum, acarretando em disfunção hepática. Tem interesse médico-cirúrgico uma vez que até 4% de todas as colecistectomias podem obter essa complicação, justificando o conhecimento de seu diagnóstico e conduta por parte da equipe cirúrgica e do corpo clínico. Os objetivos foram descrever os métodos diagnósticos e terapêuticos atuais para o manejo adequado da SM baseado na literatura científica especializada. Buscou-se nas bases de dados Medline (acessada via Pubmed), SciELO, Scopus e biblioteca Cochrane de 1 janeiro de 2017 a 31 de julho de 2017 artigos utilizando como descritores Mirizzi Syndrome, Diagnosis, Treatment e Management. Realizou-se a seleção inicial dos artigos com base nos títulos e resumos e, após verificação do conteúdo apropriado, buscou-se o texto completo, não havendo critério de exclusão quanto ao tipo do estudo. Obteve-se 81 artigos do período de 2013 a 2017 e, destes, selecionaram-se 15 artigos que respondiam satisfatoriamente aos objetivos deste trabalho. Foram priorizados os artigos mais atuais, de mais alto fator de impacto e nível de evidência, como revisões sistemáticas. O diagnóstico da SM se baseia clinicamente em queixas de dor abdominal acompanhada de náusea, vômito e, mais raramente, icterícia. O exame complementar de escolha é a colangiopancreatografia associada a ressonância nuclear magnética. O tratamento da SM fundamenta-se a partir da classificação de Csendes, que, dependendo do tipo de compressão e do diâmetro da fístula colecistobiliar, norteia o tratamento cirúrgico de escolha ao dividir a patologia em I. (colecistectomia simples), II. (colecistectomia parcial ou coledocoplastia), III. (coledocoplastia ou hepaticojejunostomia em Y de Roux) e IV (hepaticojejunostomia em Y de roux). Apesar de rara, o conhecimento da SM é fundamental para seu diagnóstico intra-operatório e conseqüentemente, para o manejo cirúrgico ideal e melhor prognóstico dos pacientes.

Palavras chave: Diagnóstico, Tratamento, Mirizzi



DIAGNOSTICO INESPERADO DE APENDICITE AGUDA: RELATO DE CASO

Juliana Viana Câmara, Flávio Renato de Almeida Senefonte, Matheus Pereira Costa, Marcella Okunami Pinheiro Briosolla, Maria Carolina Garbelini

Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul

A apendicite aguda é a urgência cirúrgica mais frequente, acometendo tanto pacientes adultos quanto pediátricos. Trata-se de uma patologia de diagnóstico clínico, porém, é muitas vezes negligenciada e confundida com outras patologias abdominais, principalmente devido às variações anatômicas do apêndice e sua relação com abdome inferior e pelve, que manifestam quadro clínico diferente do habitual. Relato de Caso: Paciente sexo feminino, 47 anos, foi admitida ao pronto-socorro do Hospital Regional do Mato Grosso do Sul com queixa de dor abdominal difusa há seis dias, que evoluiu com parada de eliminação de flatos e fezes há 4 dias, associada a distensão abdominal, hiporexia e vômitos biliares desde o início do quadro. Refere febre não aferida. Fez uso de Butilbrometo de Escopolamina, porém sem melhora. Trouxe durante o atendimento ultrassonografia realizada há 4 dias, evidenciando hepatomegalia e nefrolitíase bilateral, sem evidências de cálculo em vesícula biliar. Paciente com disúria há dois dias e em uso de ciprofloxacino há três dias. Referiu cesárea há 24 anos e úlcera péptica tratada há cinco meses. No exame abdominal foi encontrado abdome distendido, globoso, ruídos hidroaéreos presentes, timpânico, difusamente doloroso a palpação superficial, ausência de massas palpáveis e sem sinais de peritonite. Diante da hipótese diagnóstica de abdome agudo obstrutivo, foi solicitado exames laboratoriais como hemograma onde se evidenciou leucocitose e raio x de abdome agudo que demonstrou distensão e edema segmentar em alças de delgado. Como conduta foi realizado a passagem de sonda nasogástrica (SNG) com saída de secreção hialina e colocação de clister que possibilitou evacuação em pequena quantidade. Paciente evoluiu sem melhora após 24h de SNG, com piora da dor abdominal e distensão. Devido ao insucesso do tratamento clínico e piora do quadro, foi indicado laparotomia exploradora onde foi identificado no inventário da cavidade um quadro de apendicite aguda fase quatro. O diagnóstico de apendicite tradicionalmente consiste em anamnese, exame físico e prope-
dêutica complementar. No entanto, hoje o diagnóstico por imagem tornou-se completamente comum. Todavia, mesmo com os inúmeros recursos disponíveis, o diagnóstico de apendicite, como no caso apresentado, pode ser difícil, sendo assim, é de suma importância um alto grau de suspeita para prevenir complicações graves

IV CONGRESSO INTERNACIONAL
DE CIRURGIA GERAL

2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



DIFICULDADE DIAGNOSTICA DA HERNIA DE AMYAND: RELATO DE CASO

Lígia Lavezo Ferreira, Aparecida Meira da Silva, Ana Paula de Souza Martins, Luis Gustavo Rodrigues Capela, Renato Leão Oliveira

Universidade Brasil

A hérnia de Amyand (H.A) é uma condição rara, que corresponde à aproximadamente 1% de todas as hérnias. Apendicite pode ser observada como uma das complicações em cerca de 0,1% dos casos. O objetivo desse relato de caso é descrever um caso de hérnia de Amyand, corrigida cirurgicamente, frisando a importância do correto diagnóstico e tratamento. Paciente do sexo masculino, 70 anos, trabalhador rural, sem comorbidades, foi admitido no departamento de emergência da Santa Casa de Votuporanga, relatando há 5 anos abaulamento e dor na região inguinal direita (RID), que piora com esforço e melhora ao repouso. Há 4 dias o abaulamento se tornou irreduzível, com aumento progressivo da dor no local, associado a náuseas, febre e diminuição do ritmo intestinal. Ao exame físico foi evidenciado tumoração com sinais flogísticos, intensamente dolorosa à palpação, na RID. Foram solicitados exames complementares que apresentou leucocitose ao hemograma, e ausência de alteração ao exame radiológico. Durante ultrassonografia observou-se, em RID, herniação do segmento de alça, com peristalse ausente, e não redutível à compressão, medindo 12,15 x 7,73 x 5,31cm e orifício herniário com cerca de 1,4 cm. A hipótese diagnóstica foi de hérnia inguinal estrangulada. A conduta adotada foi início de antibioticoterapia pré-operatória com ceftriaxona e metronidazol intravenoso e tratamento cirurgico. Após inguinotomia direita, observou-se apêndice cecal com sinais de apendicite aguda. Optou-se por apendicectomia, orquiectomia direita e herniorrafia pela técnica de Bassini, com drenagem da região pré-peritoneal e subcutânea. O anatomopatológico confirmou apendicite aguda e abscesso de cordão inguinal. O paciente evoluiu sem intercorrências clínicas até o 2º pós-operatório, quando apresentou dor precordial seguida de parada cardiorrespiratória, resultando em óbito do paciente. A hérnia de Amyand é uma condição rara, e muitas vezes de difícil diagnóstico, sendo muitas vezes um achado acidental durante ato cirúrgico. A ultrassonografia pode ser uma ferramenta útil a fim de facilitar diagnóstico e rápida intervenção, minimizando possíveis danos aos pacientes.

Palavras chave:Hérnia; Diagnóstico; Apendicectomia; Orquiectomia; Herniorrafia

IV CONGRESSO INTERNACIONAL
DE CIRURGIA GERAL

2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC



CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP

DISCUSSÃO DE CASO CLÍNICO I - UROLOGIA

Anna Alice de Paula Marinho, Paulo Maurício Buso Gomes

UNIPAM

M. H. P. B., sexo feminino, 39 anos, branca, casada, do lar. No dia 17/11/2009 compareceu à consulta na Clínica de Especialidade da Prefeitura Municipal de Patos de Minas, com queixa de hematúria macroscópica acompanhada de dor pélvica, que se manifestava apenas no período menstrual (menúria). História progressiva de dois partos cesáreos. Negou doenças sistêmicas e uso continuado de medicamentos. Exame físico inexpressivo, sem dados de importância para a queixa relatada. US do aparelho urinário dentro da normalidade. Cistoscopia revelou lesão vegetante, filiforme, pediculada, no assoalho da bexiga, sem sangramento no momento do exame. Biópsia da lesão mostrou processo inflamatório inespecífico. Histerossalpingografia revelou a presença de fístula vésico-uterina. Foi submetida a histerectomia abdominal subtotal em 30/08/2010 no Hospital Regional Antônio Dias, em Patos de Minas, evoluindo satisfatoriamente, com remissão do quadro de hematúria.

Palavras chave: Hematúria; Menúria; Histerossalpingografia.

IV CONGRESSO INTERNACIONAL
DE CIRURGIA GERAL

2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC



CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP

DIVERTICULO DE ESOFAGO MEDIO: RELATO DE CASO

Joao Antonio Feriani Nunes, Josiane Maria Costa, Nazir Elias Chalela Ayub, Thiago Sivieri, Shinnhiti Morita, Gilberto Borges Brito

FAMERP

Introdução: Divertículos esofágianos, são patologias raras e poder ser classificados de acordo sua localização (proximal, médio ou distal), à patogênese (pulsão ou tração) e à morfologia (verdadeiro ou falso). Na dependência do tamanho do divertículo e da concomitância de doença associada, podem causar disfagia, regurgitação, mau hálito, rouquidão ou pneumopatias, quando passam a ter indicação de ressecção cirúrgica. O diagnóstico é suspeitado pela história clínica e confirmado pelo exame radiológico contrastado e pela endoscopia digestiva alta.

Revisão de Prontuário. Relato de caso: Paciente feminina, 61 anos, encaminhada ao ambulatório do hospital de base de São José do Rio Preto devido a queixa de disfagia progressiva para alimentos sólidos há cerca de 05 anos, associado a odinofagia, eructação intensa e perda ponderal nesse período de 10 quilos. Na endoscopia digestiva alta, evidenciou divertículo em terço médio de esôfago, aos 25 cm da arcada dentária, com óstio de 3-4cm de diâmetro e 3cm de profundidade. A tomografia computadorizada de tórax confirmou a presença do divertículo de esôfago em terço médio do esôfago, sem outros achados que justificasse a presença do mesmo. Foi submetida a videotoracoscopia com ressecção do divertículo sem intercorrências. Atualmente paciente apresenta-se em assintomática em acompanhamento clínico. **Conclusão:** Embora seja considerada uma patologia rara, divertículos de esôfago, devem sempre ser considerados como diagnóstico diferencial, especialmente em casos de disfagia, halitose e enfermidades respiratórias por broncoaspiração. Em casos de pacientes sintomáticos e com refratariedade no tratamento clínico, a melhor opção terapêutica é a cirurgia com a excisão local do divertículo via toracotomia ou toracoscopia.

Palavras chave:Divertículo Esofágico; Transtornos de Deglutição; Doenças do Esôfago

IV CONGRESSO INTERNACIONAL
DE CIRURGIA GERAL

2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



DOENÇA DE CROHN NO ESTAGIO DE FISTULA COMPLICADA

Vinicius Alencar Alves, Laila Morais Nahass Franco, Paloma Feitosa Pinho Gomes, Ana Paula de Matos Lima, Pâmela Oliveira Tannús, Talítha Araújo Faria

Faculdade Atenas

A doença de Crohn é uma patologia inflamatória que pode acometer todo trato digestivo de forma descontínua. A apresentação clínica depende do local afetado; dor abdominal é comum, associada a diarreia sanguinolenta irregular. Sinais perianais como fistulas podem ocorrer, assim como manifestações extra-intestinais. O diagnóstico resulta de exame clínico, proctológico associado a exames laboratoriais; sendo mais comum na segunda ou terceira década. A complicação com fístula decorre de uma comunicação anormal entre duas estruturas epitelizadas. As fístulas podem ser enterocutâneas, retovaginais, entre outras. Revisão bibliográfica e de prontuário. M.V.S, 34 anos, com diagnóstico de doença de Crohn há 10 anos, no momento do diagnóstico apresentou fístula retovaginal com eliminação de fezes via vaginal, que ainda ocorre esporadicamente. Passou a realizar tratamento, faz colonoscopia e exames laboratoriais anual. Evoluiu com estenose retal e alteração do hábito intestinal. Há dois anos iniciou episódios de infecção urinária (ITU) de repetição associado a ativação das fístulas. Desde então a cada quadro recebe tratamento com antibióticos de amplo espectro 30 dias. No entanto, recentemente os quadros infecciosos estão se tornando mais frequentes sem melhora total com a antibioticoterapia, assim como as fistulas não apresentam completa remissão. Fez uso de corticoterapia na descoberta da doença, porém sem melhora, passando para o tratamento com imunossuppressores e analgésico opioide. Paciente tem apresentado hiporexia, perda de peso e queixa de dor abdominal, em investigação para novas possibilidades de fístulas e novas abordagens terapêuticas. Sintomas sistêmicos ocorrem pelo processo infeccioso que acomete o organismo durante a doença de Crohn. O uso de antibióticos trata apenas as crises de ITU, são raros os casos de fechamento espontâneo das fístulas, com isso, estudos apontam para uma superioridade do tratamento cirúrgico em relação ao clínico. A paciente está com o processo de fistulização se agravando, devendo ser avaliada a abordagem cirúrgica. Já está em um estágio mais complicado, uma vez que não teve melhora com a corticoterapia, estando com classes mais avançadas de medicamentos, além de uso constante de antibióticos. Logo, é necessário atentar ao diagnóstico precoce tendo maior controle das complicações que podem surgir com o curso da doença.

Palavras chave: Doença de Crohn; Fístula; Itu Recorrente; Antibioticoterapia; Corticoterapia; Imunossuppressores.



DOENÇA DIVERTICULAR COMPLICADA COM ABSCESSO PERICÓLICO E TRATADA POR VIDEOLAPAROSCOPIA

Stefano Sardini Dainezi, Marco Aurelio Dainezi, Andressa Sardini Dainezi

Faceres

A doença diverticular dos cólons (DDC) é consequência da herniação da mucosa do intestino grosso por entre as fibras musculares da parede intestinal. A DDC é assintomática na maioria dos casos, mas pode evoluir com complicações com consideráveis índices de morbimortalidade, como a diverticulite e a diverticulite complicada, esta última classificada de acordo com Hinchey em 4 graus: sendo o Grau I-Abscesso Pericólico ou mesentérico, Grau II- Abscesso pélvico à distância, Grau III-Peritonite purulenta generalizada e Grau IV-Peritonite fecal generalizada. Geralmente o tratamento inicial é clínico com antibioticoterapia. E as indicações de cirurgia são: Dor no quadrante inferior esquerdo do abdômen, acompanhado de febre, leucocitose com evidências clínicas e radiológicas de diverticulite, alterações radiológicas que impossibilitam a diferenciação com lesão neoplásica, ou após reanimação de episódio de hemorragia maciça. Apresentação de caso clínico sobre tratamento de uma doença diverticular dos colons , apresentada e esclarecida a partir de slides e vídeo-áudio auto explicativos somando informações sobre a enfermidade e as atividades realizadas no tratamento e suas respectivas utilidades com o objetivo de facilitar o entendimento de cada passo dos procedimentos medicamentoso e cirúrgicos mostrando suas facilidades e vantagens. Paciente, masculino, 55 anos, diabético, apresentou um segundo episódio de Diverticulite em um Período de 6 meses, sendo internado com febre e dor abdominal em fossa ilíaca esquerda.Foi realizado Tomografia Computadorizada caracterizando um processo inflamatório com espessamento da parede do Sigmoides, além da presença de áreas sugestivas de Abscesso presentes em Goteira Parietocólica à esquerda que se estendia da região pélvica ate próximo ao baço.(Hinchey II). Foi iniciado antibioticoterapia , mas o paciente não respondeu ao tratamento optando-se pelo tratamento cirurgico. Podemos notar , que a Cirurgia Videolaparoscopia é um ótimo acesso para Resolução das complicações da DDC que não respondem à terapia medicamentosa. Pois além de ser tratamento definitivo da doença, permite ao paciente usufruir de todos os benefícios já conhecidos da laparoscopia. Menor dor no pós-operatório,menor tempo de internação, melhor resultado cosmético, com cicatrizes menores,retorno mais rápido às atividades rotineiras,menor índice de infecção de ferida cirúrgica



DRENAGEM ENDOSCÓPICA DE PSEUDOCISTO PANCREÁTICO

ANDREIA AUGUSTA FURUKAWA OKUDA, CARLOS EDUARDO BRAGA, RODRIGO TADEU RODRIGUES SILVESTRE, LUIZ GUSTAVO QUADROS

Santa Casa de Misericórdia De São José Do Rio Preto

Os pseudocistos pancreáticos são coleções decorrentes da inflamação e necrose pancreáticas após pancreatite crônica ou trauma pancreático. Seu tratamento pode ser através do manejo clínico, drenagem cirúrgica, percutânea ou endoscópica. A drenagem transgástrica por endoscopia vem ganhando cada vez mais espaço por ser uma abordagem minimamente invasiva. Paciente M.A.S., 71 anos, admitida no serviço de Cirurgia Geral da Santa Casa de São José do Rio Preto, com quadro de dor, abaulamento e massa palpável em hipocôndrio esquerdo. História prévia de duas internações por pancreatite biliar e tomografia computadorizada de abdome evidenciando colelitíase e cisto pancreático, tratadas clinicamente em Unidade de Terapia Intensiva em outro serviço. A endoscopia digestiva alta evidenciou abaulamento em parede posterior gástrica. A ecoendoscopia visualizou cisto pancreático gigante ligado à parede gástrica posterior. Devido a idade avançada e presença de comorbidades optou-se pela drenagem endoscópica transmural. O procedimento foi realizado com o paciente sob anestesia geral, em decúbito lateral esquerdo, antibioticoterapia com ceftriaxona. Localizou-se endoscopicamente a zona de contato entre pseudocisto e parede gástrica, realizou-se incisão com uso de needle knife, procedendo-se com dilatação com balão TTS para 18mm e debridamento do pseudocisto com auxílio de cesta Basket e alça de polipectomia e introdução de prótese de pigtail. Paciente evoluiu sem intercorrências, com alta hospitalar no quarto pós-operatório. A prótese de pigtail foi retirada com oito semanas, após confirmação de resolução do abscesso por meio de exames de imagem. A drenagem endoscópica transmural de pseudocisto pancreático foi eficaz, segura e com um menor tempo de internação se comparada com o tratamento cirúrgico.

Palavras chave: Pseudocisto Pancreático, Drenagem Endoscópica, Drenagem Transgástrica.

IV CONGRESSO INTERNACIONAL
DE CIRURGIA GERAL

2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



EMPIEMA PLEURAL POS LESAO DIAFRAGMATICA TRAUMATICA: COMPLICAÇÃO TARDIA

Fernanda Melo Prata Mendonça, Norrara Amanda Teles Martins, Sayra Rayane Titoto Labre, Thaís Nunes Vargas, Fabiano Alves Squeff, Márcio Matias Oliveira

Centro Universitário UniEvangélica

A lesão diafragmática traumática pode surgir através de trauma fechado por alto impacto com grande desaceleração ou em lesões localizadas na zona de transição toracoabdominal. Divide-se em três fases: aguda que, quando não tratada imediatamente, pode evoluir para óbito; latência, que apresenta-se de maneira assintomática e de evolução incerta, podendo haver a cicatrização espontânea da lesão ou evolução para a fase tardia com complicações de uma hérnia diafragmática decorrente de lesão não diagnosticada e não tratada. As complicações mais frequentes decorrem do encarceramento determinando obstrução do trato gastrointestinal alto ou baixo, estrangulamento com necrose e empiema pleural. O quadro clínico geralmente é insidioso e inespecífico. O exame físico combinado aos exames de imagem não tem sensibilidade nem especificidade boas para o diagnóstico das lesões traumáticas do diafragma. Portanto, a videocirurgia, seja pelo tórax ou abdome, é o método propedêutico de escolha, que uma vez feito o diagnóstico, justifica-se o tratamento operatório para suturar o diafragma e prevenir complicações. Realizou-se revisão de prontuário médico, acompanhamento do ato cirúrgico e da evolução do paciente no pré e pós operatório e concomitante pesquisa bibliográfica. Paciente, SJP, masculino, 30 anos, admitido no Hospital de Urgências de Anápolis, séptico e com o murmúrio vesicular abolido em hemitórax esquerdo. Histórico de sutura de lesão por arma branca na região de transição tóraco-abdominal esquerda há um ano. Tomografia de tórax: coleções hipodensas com níveis hidroaéreos no espaço pleural à esquerda sugestivo de empiema. Optado por toracotomia, evidenciando grande quantidade de pus, coleções pleurais e sofrimento de epíplon. Realizada drenagem de abscesso, ressecção de tecidos necróticos, redução do conteúdo herniado e sutura do diafragma. Paciente com evolução pós-operatória satisfatória, recebendo alta no 21º dia pós operatório.

A incidência de lesão diafragmática em doentes operados é de, aproximadamente, 19%. A arma branca produz ferimentos mais extensos no diafragma e isso pode justificar a maior incidência de complicações nos ferimentos tóraco-abdominais, como empiema, devido a facilidade de contaminação do espaço pleural. Mesmo que a lesão passe despercebida na fase aguda do trauma, complicações tardias aparecem com frequência razoável, até anos após o trauma.



ENFISEMA SUBCUTÂNEO ESPONTÂNEO

Rone Eder de Souza Silva, Renata Bonadio Goncalves, Sayara Stefani Goubeti Melocra, Vanessa Rodrigues Ungaro

UNIMAR

O enfisema subcutâneo é uma complicação relativamente comum na sequência de técnicas invasivas, procedimentos cirúrgicos e algumas patologias médicas. Acredita-se que o ar extra alveolar, proveniente da ruptura de alvéolos, penetra no tecido conjuntivo laxo que rodeia a vasculatura pulmonar e progride ao longo das bainhas perivasculares até atingir o mediastino. Posteriormente, o ar passa do mediastino para o tecido laxo subcutâneo, causando enfisema subcutâneo. Na maior parte dos casos apenas causa sintomatologias mínimas e o tratamento é habitualmente conservador. Paciente, 62 anos, com antecedentes psiquiátricos, tabagista e hipertensa, procurou o serviço de emergência com queixa de aumento progressivo do volume de face, região cervical, tórax anterior, tórax posterior e mediastino há 3 dias negando dor, dispneia ou fadiga ao ato da internação. Ao ser examinada, apresentou-se em regular estado geral, eupneica, desorientada em tempo e espaço. Evidenciou-se aumento de partes moles em face, membros superiores, tórax anterior, tórax posterior com presença de crepitação palpável em subcutâneo. Não há retrações ou abaulamentos em topografia cardíaca. Ao exame radiológico do tórax havia pneumomediastino sem evidência de pneumotórax. A endoscopia digestiva revelou esofagite não erosiva, sem sinais de perfuração e pangastrite. O enfisema subcutâneo no pescoço e regiões supraclaviculares era evidente à tomografia computadorizada (TC) do pescoço e do tórax além do parênquima pulmonar com coeficiente de atenuação normal. Havia pneumomediastino de mínimo volume, sem evidências de adenomegalia mediastinal ou de processo expansivo. As hipóteses que explicam o enfisema subcutâneo demonstram que o ar extra alveolar, proveniente da ruptura de alvéolos, penetra no tecido conjuntivo laxo que rodeia a vasculatura pulmonar e progride ao longo das bainhas perivasculares até atingir o mediastino. O ar progride ao longo das vias de menor resistência. A ruptura de bolhas pode provocar enfisema do mediastino. Como causas médicas comuns de enfisema salientamos: manobra de Valsalva, tosse violenta, vômitos, asma agudizada e pneumonia associada a infecções víricas.

Palavras chave: Enfisema Subcutâneo; Eupneica, Aumento Partes Moles

IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIRURGIA GERAL 2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



EPIDEMIOLOGIA DOS CASOS DE TRAUMA NO SERVIÇO DE EMERGENCIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARILIA

MARIANA ORATE MENEZES DA SILVA, CRISTINA CASAGRANDE MIRANDA TEIXEIRA, ANA BEATRIZ BRIENZE DA SILVEIRA, RENATO AUGUSTO TAMBELLI, ROBERTO KAORU YAGI, LETICIA DE OLIVEIRA AUDI

FAMEMA

O trauma é responsável por cerca de 10% das mortes no mundo. No Brasil, é a terceira causa de morte geral e a primeira, entre 1-39 anos. As causas externas, além dos óbitos, geram sequelas temporárias ou permanentes, incapacidade para o trabalho e outras atividades. O conhecimento da epidemiologia é fundamental para elaboração de políticas públicas de prevenção, reduzindo a incidência do trauma e suas consequências. Pesquisa descritiva transversal retrospectiva pela análise de prontuários de pacientes atendidos no PS-Famema de 1 de outubro a 31 de dezembro de 2015. Incluídos traumas em pacientes com 14 anos ou mais, com identificação e registro do atendimento de forma completa e legível. Aprovada pelo Comitê de ética sob o parecer 1.468.032. 794 prontuários foram analisados e 768 incluídos. O sexo masculino representou 62,4%. As idades variaram entre 14 e 97 anos (4,2% de 14-17 anos, 35% de 18-29, 43,5% de 30-59 e 17,3% mais de 60). Quanto à escolaridade, 5,7% eram analfabetos, 48% com 1º grau completo/incompleto, 36%, o 2º grau completo/incompleto, 8,5%, o nível superior completo/incompleto e 1,9% sem informação no prontuário. Em relação à etnia, 74% era branca, 24,6% parda/negra, 1% amarela, 0,13% indígena e 0,26% sem informação. Dentre as causas destacam-se acidente automobilísticos (390 casos), quedas (184), intoxicações exógenas (29), agressões (26), atropelamentos (24), queimaduras (10), acidentes com arma branca (10) e armas de fogo (4). Outros mecanismos somaram 99 casos. Dos pacientes, 79% receberam alta após atendimento inicial, 16,5% foram internados, 4,1% tiveram alta à revelia ou a pedido para serviço particular. Houve um óbito (0,13%) imediato, resultante de atropelamento, e outros treze durante a internação, com mortalidade total de 1,8%. No sexo masculino, prevaleceu acidente automobilísticos, quedas e agressões. No feminino, intoxicação exógena ocupou o terceiro lugar. Acima dos 60 anos, predominaram queda, acidente automobilístico e atropelamento com 86, 15 e 10 casos respectivamente). Prevaleceram os traumas em adultos jovens (30-59 anos) brancos, do sexo masculino, com 1º grau completo ou incompleto envolvidos em acidentes automobilísticos. Sendo estes uma causa evitável de trauma, políticas públicas de prevenção direcionadas para este grupo poderiam contribuir para a redução da morbi-mortalidade e dos prejuízos sócio-econômicos.

IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIRURGIA GERAL 2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP

EPIDEMIOLOGIA DOS CASOS DE TRAUMA NO SERVIÇO DE EMERGENCIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARILIA

Mariana Orate Menezes da Silva, Cristina Casagrande Miranda Teixeira, Ana Beatriz Brienze da Silveira, Leticia de Oliveira Audi, Renato Augusto Tambelli, Roberto Kaoru Yagi

FAMEMA, FAMERP

O trauma é responsável por cerca de 10% das mortes no mundo. No Brasil, é a terceira causa de morte geral e a primeira, entre 1-39 anos. As causas externas, além dos óbitos, geram sequelas temporárias ou permanentes, incapacidade para o trabalho e outras atividades. O conhecimento da epidemiologia é fundamental para elaboração de políticas públicas de prevenção, reduzindo a incidência do trauma e suas consequências. Pesquisa descritiva transversal retrospectiva pela análise de prontuários de pacientes atendidos no PS-Famema de 1 de outubro a 31 de dezembro de 2015. Incluídos traumas em pacientes com 14 anos ou mais, com identificação e registro do atendimento de forma completa e legível. Aprovada pelo Comitê de Ética da Famema sob o parecer 1.468.032. 794 prontuários foram analisados e 768 incluídos. O sexo masculino representou 62,4%. As idades variaram entre 14 e 97 anos (4,2% de 14-17 anos, 35% de 18-29, 43,5% de 30-59 e 17,3% mais de 60). Quanto à escolaridade, 5,7% eram analfabetos, 48% com 1º grau completo/incompleto, 36%, o 2º grau completo/incompleto, 8,5%, o nível superior completo/incompleto e 1,9% sem informação no prontuário. Em relação à etnia, 74% era branca, 24,6% parda/negra, 1% amarela, 0,13% indígena e 0,26% sem informação. Dentre as causas destacam-se acidente automobilísticos (390 casos), quedas (184), intoxicações exógenas (29), agressões (26), atropelamentos (24), queimaduras (10), acidentes com arma branca (10) e armas de fogo (4). Outros mecanismos somaram 99 casos. Dos pacientes, 79% receberam alta após atendimento inicial, 16,5% foram internados, 4,1% tiveram alta à revelia ou a pedido para serviço particular. Houve um óbito (0,13%) imediato, resultante de atropelamento, e outros treze durante a internação, com mortalidade total de 1,8%. No sexo masculino, prevaleceu acidente automobilísticos, quedas e agressões. No feminino, intoxicação exógena ocupou o terceiro lugar. Acima dos 60 anos, predominaram queda, acidente automobilístico e atropelamento com 86, 15 e 10 casos respectivamente). Prevaleram os traumas em adultos jovens (30-59 anos) brancos, do sexo masculino, com 1º grau completo ou incompleto envolvidos em acidentes automobilísticos. Sendo estes uma causa evitável de trauma, políticas públicas de prevenção direcionadas para este grupo poderiam contribuir para a redução da morbi-mortalidade e dos prejuízos sócio-econômicos.

IV CONGRESSO INTERNACIONAL
DE CIRURGIA GERAL

2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP

EPIDEMIOLOGIA DOS TRAUMAS ATENDIDOS NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DO HOSPITAL DE BASE (HB) DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO- SP

Cristina Casagrande Miranda Teixeira, Mariana Orate Menezes da Silva, Ana Beatriz Brienze d Silveira, Beatriz Correia Bonici, Guilherme Sauniti Lopes, Roberto Kaoru Yagi

FAMEMA, FAMERP

O trauma é responsável por cerca de 10% das mortes no mundo. No Brasil, é a terceira causa de morte geral e a primeira, entre 1-39 anos. As causas externas geram impacto sobre a saúde (morte, sequelas temporárias ou permanentes), incapacidade para o trabalho e outras atividades. O conhecimento da epidemiologia é fundamental para a elaboração de estratégias que reduzam sua incidência e suas consequências, auxiliando no planejamento de condutas e de políticas de prevenção. Pesquisa descritiva transversal retrospectiva pela análise de prontuários de pacientes atendidos na Emergência do HB de São José do Rio Preto-São Paulo entre 01 de outubro e 31 de dezembro de 2015. Incluídos pacientes a partir dos 14 anos, com identificação e registro do atendimento de forma completa e legível. Aprovada pelo Comitê de ética sob o parecer 1.468.032. 770 prontuários foram analisados e 760 incluídos. O sexo masculino representou 67,2%. As idades variaram entre 14 e 97: 34 (4,5%) de 14-17 anos, 248 (32,6%) de 18-29 anos, 343 (45,1%) de 30-59 anos, 135 (17,7%) com 60 anos ou mais. Dentre as causas destacam-se os acidentes automobilísticos (284 casos), quedas (232), agressões (39), atropelamentos (35), acidentes com armas brancas (27), queimaduras (17) e acidentes com armas de fogo (11). Outros mecanismos somaram 115 casos, incluindo principalmente descrição de ferimentos corto-contusos em que o mecanismo exato não foi elucidado na ficha de atendimento. Dentre os traumas, 405 foram do tipo fechado, 241 abertos e 121 sofreram ambos os tipos de trauma. Em duas fichas, não foi feita essa descrição. O principal local de trauma foi região de cabeça e pescoço, acometidos em 381 traumas, seguidos pelos membros inferiores (em 243 traumas), membros superiores (225), tórax (144) e abdome (90). Dos atendimentos, 101 (13,2%) foram internados por um período entre 01 e 65 dias. Houveram 33 óbitos, 4,34% dos casos atendidos. Destaca-se o acometimento da população jovem, sócio e economicamente relevante, justificando assim investimento em políticas públicas de prevenção, reduzindo a morbidade e prejuízos sócio-econômicos. O conhecimento das características da população acometida, dos principais mecanismos de trauma e suas características auxilia no desenvolvimento de protocolos, no treinamento de equipe e na melhoria da infraestrutura de atendimento.

Palavras chave:

IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIRURGIA GERAL 2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC



CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP

ESTUDO COMPARATIVO ENTRE TELA DE POLIPROPILENO E TELA DE POLIGLACTINA 910 NA FORMAÇÃO DE ADERÊNCIAS INTRAPERITONEAIS

Júlio César Magri, Fernanda Fabrini Gomes, Maria Lurdes Pessole Biondo Simões

Universidade Federal do Paraná

A hérnia incisional, protusão anormal de vísceras intra-abdominais recobertas por peritônio através de um orifício adquirido, tem sua recorrência reduzida com o uso de telas cirúrgicas. A correção videolaparoscópica trouxe consigo a formação de aderências das vísceras nas telas. Trabalho realizado na UFPR com objetivo de comparar a formação dessas aderências entre as telas de polipropileno (PP) e as de poliglactina 910 (Vicryl®). Foram utilizados 20 ratos (*Rattus Norvegicus albinus*, Rodentia mammalia) da linhagem Winstar, alocados em 2 grupos. Fez-se uma laparotomia mediana xifo-púbica para a colocação de 2 telas (1x2 cm) as quais foram ancoradas por pontos transfixantes na parede abdominal, lado a lado, com posterior laparorrafia. No grupo 1, PP foi colocado à direita e Vicryl® à esquerda. No grupo 2, as posições foram invertidas. Após 28 dias, mediu-se a porcentagem da tela contendo aderências. Cada animal fora seu próprio controle. A análise estatística foi feita por meio do Teste não paramétrico de Mann Whitney. No grupo 1, quando a tela de PP estava à direita, a superfície comprometida com aderências correspondeu à $40,28 \pm 27,82\%$ e a de Vicryl®, à esquerda, $28,0 \pm 17,48\%$ ($p > 0,05$). No grupo 2, a tela de PP mostrou em média $53,75 \pm 36,28\%$ da superfície coberta por aderências enquanto a de Vicryl foi de $26,35 \pm 21,84\%$ ($p < 0,05$). Quando comparadas independente do lado em que foram colocadas, mostraram resultados diferentes quanto à formação de aderências intraperitoniais. Na análise global, $47,89\% \pm 34,25\%$ da superfície das telas de PP tiveram aderências enquanto que no Vicryl esse número foi de $27,08 \pm 20,38\%$ ($p < 0,05$). Entre os eventos indesejados na correção das hérnias incisionais por via laparoscópica está a formação de aderências entre a tela utilizada e as vísceras abdominais, as quais, devido à inflamação gerada pelas telas, têm sua superfície aderida à prótese, podendo gerar torções de alças, dor crônica abdominal entre outros efeitos. Vários componentes têm sido estudados para compor as próteses, entre eles, o PP, mais utilizado por ser barato e pela experiência prévia, a adição de Vitamina E, nanofibras absorvíveis etc. No presente estudo as telas de PP e Vicryl levaram à formação de aderências. Entretanto, o potencial de indução da tela de Vicryl® foi menor do que o da tela de polipropileno.

Palavras chave: Aderência Telas Intraperitoniais

IV CONGRESSO INTERNACIONAL
DE CIRURGIA GERAL

2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC



CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP

EXAME CLINICO E HISTORIA PREVIA NO DIAGNOSTICO DE HERNIA DE PETERSEN: RELATO DE CASO

Diego Rodrigo Dametto, Eric Tiago Raimondi, Miguel Bonfitto, Nazir Elias Chalela Ayub, Thiago Sivieri, Gilberto Borges Brito

FAMERP

A derivação gástrica em Y de Roux (RYGB) é o principal procedimento cirúrgico para o tratamento da obesidade, sendo a via laparoscópica um método seguro e efetivo, porém com maior incidência de hérnias internas (HI) em comparação à técnica aberta (1-4). O quadro clínico é de dor abdominal, associada a náuseas, vômitos e diarreia, muitas vezes intermitente até que a obstrução completa se instale. Entre os exames complementares, a tomografia computadorizada (TC) apresenta melhor acurácia, no entanto, em até 20% dos casos pode não haver alterações (2). Dessa forma, na suspeita diagnóstica, a intervenção cirúrgica não deve ser postergada (2,3). Relato de caso baseado na análise de prontuário médico e revisão de literatura. Paciente de 37 anos, com história de RYGB laparoscópica há 2 anos, evolui com dor abdominal em cólica há 6 dias, intermitente e pior à alimentação, associado à diarreia e distensão abdominal. Na investigação, raios-x de abdome agudo, ultrassonografia e TC de abdome total sem alterações obstrutivas. Submetido a laparoscopia diagnóstica com achado de hérnia de Petersen e ausência de sofrimento de alça. A RYGB laparoscópica tem sido a técnica cirúrgica de escolha para tratamento da obesidade em pacientes com comorbidades (1-3). Nessa técnica, dois espaços potenciais para HI são criados, o intermesentérico e o de Petersen (entre a alça alimentar e o mesocólon transversal) (1-3), sendo o fechamento desses locais essencial para limitar a complicação que apresenta incidência de 3-4,5% (3). O quadro clínico pode se iniciar com sintomas gastrointestinais inespecíficos e exame físico normal, antes da obstrução completa e potencialmente fatal (3). Na investigação, o sinal de redemoinho mesentérico na TC de abdome é o melhor preditor de HI, com sensibilidade de 80% e especificidade de 90% (2,3). No entanto, o exame é negativo em até 20% dos casos (2). Dessa forma, em qualquer paciente com RYGB prévia e abdome obstrutivo é importante manter alto índice de suspeita para hérnia interna mesmo com investigação normal, a fim de evitar complicações quando o tratamento cirúrgico precoce não é realizado.

Palavras chave: Cirurgia Bariátrica, Hérnia Interna, Hérnia de Petersen, Bypass Gástrico em Y-de-Roux

IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIRURGIA GERAL 2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP

EXPERIENCIA INSTITUCIONAL NA CONDUÇÃO DOS CASOS DE ISQUEMIA MESEN- TÉRICA AGUDA E ANÁLISE DA TROPONINA COMO MARCADOR DE ISQUEMIA IN- TESTINAL

Francini de Barrios Pereira, Carlos Augusto de Mattos Donadelli

SANTA CASA DE FRANCA, UNIFRAN

A Isquemia Mesentérica Aguda é um problema relativamente raro correspondendo à apenas 0,1% das admissões hospitalares, porém muitas vezes possui um desfecho trágico, sendo que o índice de mortalidade relatado para pacientes operados pode chegar a até 85%. Trata-se de um estudo retrospectivo, observacional e descritivo. Os prontuários médicos de todos os pacientes da Santa Casa de Franca, que tiveram como diagnóstico final IMA no período de Janeiro de 2014 a Junho de 2017, foram revisados. Foram analisadas as seguintes variáveis: Sexo; Idade; Comorbidades; Quadro Clínico; Tempo de evolução do Quadro Isquêmico; Tempo de entrada no Hospital de nível Terciário até o diagnóstico definitivo; Resultado da Troponina T; Achado Cirúrgico e Desfecho. Foram identificados 13 doentes sendo que 53,8% do sexo feminino e 46,1% eram do sexo masculino. A média das idades foi de 69 anos e 8 meses. As comorbidades mais encontradas nos pacientes com IMA foram HAS em 69,2% dos casos, FA em 30,7% dos casos e AVE Prévio em 30,7% dos casos. O quadro clínico mais comum foi de dor abdominal intensa associada a vômitos. Na maioria dos pacientes a evolução da IMA ultrapassou 24 horas, sendo que a média de tempo de evolução da IM foi de 55 horas e 12 minutos. Com relação ao tempo envolvido entre a admissão dos pacientes e o diagnóstico definitivo a média de tempo foi de 09 horas e 12 minutos, sendo que o diagnóstico mais precoce ocorreu 01 hora e 18 minutos da admissão. Dos 13 pacientes com IMA, apenas 03 tiveram a Troponina T solicitada. Níveis elevados de cTnT ($> 0,010$ ng/ml) foram detectados 100% dos pacientes. A concentração média desse marcador foi de $0,0886 \pm 0,0195$ ng/ml com nível de corte para a cTnT $> 0,0600$ ng/ml, para predição IMA (S= 100%, E = 0%), Utilizando-se o teste qui-quadrado não foi possível descartar a Troponina T como de necrose intestinal ($p < 0,05$). Todos os pacientes foram submetidos a laparotomia exploradora e 10 pacientes (76,9%) foram à óbito. O estudo permitiu traçar um perfil dos pacientes com IMA, analisar as condutas adotadas para melhorar o atendimento de tais pacientes e melhorar a sua sobrevivência. O estudo permitiu concluir também que a Troponina é um potencial marcador de IMA, porém é necessário realizar um estudo prospectivo a longo prazo para comprovar sua eficácia.

Palavras chave: Isquemia Mesentérica; Trombose Mesentérica; Marcadores; Troponina T.



FASCIITE NECROTIZANTE COM EXTENSÃO TORÁCICA APOS TRAUMA EM JOELHO

Mariana Heil Kinas, Matheus Dorneles Fronza, Mariana Simonato Lorenzini, Milton Sérgio Bohatch Jr, Amanda Fernandes Vidal da Silva, Robison Siqueira Rosa

Hospital Municipal São José, UNIVILLE

Fasciíte necrotizante é a necrose extensa de tecido subcutâneo e fáscia causada por infecção bacteriana de origem polimicrobiana, de evolução rápida e alto índice de mortalidade caso o tratamento não seja realizado precocemente. Relatamos um caso de fasciíte necrotizante em paciente masculino após trauma em joelho com extensão torácica. A obtenção dos dados relatados foi feita através da revisão do prontuário do paciente, dos exames pré-operatórios, da descrição cirúrgica e dos resultados pós-operatórios. Masculino, 36 anos, com dor e inchaço em membro inferior direito há 7 dias após queda de aproximadamente 3 metros de altura. Foi realizado tomografia computadorizada de coxa direita, onde foi visualizado derrame articular no joelho com focos gasosos de permeio e densificação difusa da gordura subcutânea circunferencialmente em toda extensão da coxa e joelho. Realizada drenagem de coleção em região anterior do joelho direito com saída de secreção seropurulenta. Paciente foi internado para realização de fasciotomia de urgência com possível diagnóstico de fasciíte necrotizante. Durante o trans-operatório o paciente ficou instável, com necessidade de transfusão de hemácias e uso de drogas vasoativas. No pós-operatório o paciente teve evolução ruim, indo a óbito no mesmo dia. A fasciíte necrotizante é uma entidade grave, cujo tratamento deve ser precoce com debridamento cirúrgico agressivo, administração de antibióticos de amplo espectro e suporte clínico do paciente a fim de diminuir morbidade e mortalidade.

Palavras chave: Fasciíte Necrotizante, Trauma, Debridamento, Cirurgia

IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIRURGIA GERAL 2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



FEOCROMOCITOMA: TRATAMENTO CIRÚRGICO

RENNAN MOREIRA, MATHEUS LOPES PULS, MURILO CHIODINI BERTO

Universidade de Araraquara

Os tumores secretores de catecolaminas que surgem das células cromafins da medula adrenal e dos gânglios simpáticos são referidos como feocromocitomas, constituindo patologia rara, porém de elevado interesse médico-cirúrgico, uma vez que aproximadamente 10% desses tumores apresentam risco de malignidade e características de hereditariedade. Possuem também risco de paroxismo letal e a remoção cirúrgica é capaz de curar a hipertensão arterial sistêmica (HAS) associada a essa patologia. Buscou-se nas bases de dados Medline (acessada via Pubmed), SciELO, Scopus e biblioteca Cochrane de 1 janeiro de 2017 a 31 de julho de 2017 artigos utilizando como descritores Pheochromocytoma, Treatment, Management, Surgery e Surgical. Realizou-se a seleção inicial dos artigos com base nos títulos e resumos e, após verificação do conteúdo apropriado, buscou-se o texto completo, não havendo critério de exclusão quanto ao tipo do estudo. Obteve-se 54 artigos do período de 2013 a 2017 e, destes, selecionaram-se 10 publicações que respondiam satisfatoriamente aos objetivos deste trabalho. Foram priorizados os artigos mais atuais, de mais alto fator de impacto e nível de evidência, como revisões sistemáticas. O tratamento cirúrgico do feocromocitoma foi estabelecido segundo guidelines da The Endocrine Society, American Association for Clinical Chemistry, e da European Society of Endocrinology. O método cirúrgico de escolha é a adrenalectomia minimamente invasiva via laparoscópica com ressecção aberta para tumores invasivos ou muito grandes. Alguns pacientes podem se beneficiar com adrenalectomia parcial. O bloqueio hormonal alfa e beta-adrenérgico é mandatório devido ao risco de complicações cardiovasculares. Recomenda-se medicação pré-operatória para normalização da pressão arterial (PA), frequência cardíaca (FC), administração de fluitos e dieta rica em sódio para prevenção de hipotensão severa pós-operatória. A PA, FC e glicemia devem ser monitoradas imediatamente após a operação. Metanefrinas plasmáticas devem ser dosadas para follow-up dos próximos 10 anos. Apesar de raro, o feocromocitoma é um desafio cirúrgico devido ao pré-operatório requerer normalização de PA, FC e bloqueio adrenérgico uma vez que há risco elevado de complicações cardiovasculares intraoperatórias.

Palavras chave: Tratamento Cirúrgico, Feocromocitoma

IV CONGRESSO INTERNACIONAL
DE CIRURGIA GERAL

2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



FERIMENTO POR PROJÉTIL DE ARMA NAO LETAL COM LESAO NEUROVASCULAR CERVICAL

Matheus Dorneles Fronza, André Eduardo Almeida Franzoi, Milton Sérgio Bohatch Jr, Amanda Fernandes Vidal Da Silva, João Guilherme Cavalcanti Krieger, Aginaldo Jose Graciano

Hospital Municipal São José, UNIVILLE

O pescoço é vulnerável a traumatismos devido à grande quantidade de estruturas vitais, podendo ocorrer lesões importantes e com alta morbimortalidade. Na tentativa de controlar situações de agitação social sem, contudo, matar ou ferir gravemente os participantes, a polícia vem utilizando armas de munição não letal. Embora não letal, se a munição atingir partes delicadas do corpo, pode causar danos importantes ou, até levar à morte da vítima. Relatamos um caso de trauma penetrante por projétil de borracha com evolução para lesão de plexo braquial e trombose de veia jugular interna direita. A obtenção dos dados relatados foi feita através da revisão do prontuário do paciente, dos exames pré-operatórios, da descrição cirúrgica e dos resultados pós-operatórios. Masculino, 33 anos, encaminhado ao PS com história de trauma cervical por bala de borracha com projétil alojado há 22 dias, com parestesia e paresia progressivas em membro superior direito. Ao exame físico, o paciente apresentava nódulo endurecido, aderido, com cerca de 4cmx3cm, indolor, não pulsátil, sem enfisema subcutâneo, e próximo a inserção esternal do músculo esternocleidomastoideo à direita. A tomografia revelou trombose de veia jugular interna direita e projétil alojado adjacente a carótida. Foi submetido à cervicotomia exploradora para remoção de corpo estranho, onde foi visualizada a presença de projétil de borracha em Zona I, presença de fibrose local, e trombose de veia jugular interna direita. O trans-operatório e pós-operatório não tiveram complicações, e o paciente teve alta 2 dias após a cirurgia, sendo encaminhado para reabilitação fisioterápica. As lesões penetrantes traumáticas da região cervical são condições, em geral, complexas, especialmente quando há lesão vascular associada. As lesões vasculares traumáticas podem se manifestar na forma de pseudoaneurismas, fístulas arteriovenosas, dissecções, oclusões, hematomas compressivos e sangramento direto. As lesões traumáticas do plexo braquial são debilitantes e levam a déficit motor, sensitivo, e limitações na qualidade de vida desses pacientes. Estudos propõem o uso de armas com projéteis não letais como uma alternativa ao uso de armas de fogo, a fim de evitar mortes e lesões complexas. Entretanto, esses projéteis podem também causar lesões e óbito. Por esse motivo, devem ser evitados cabeça e pescoço como alvos.

Palavras chave: Trauma Penetrante, Ferida Por Arma de Fogo, Plexo Braquial, Veia Jugular Interna, Trombose



FISTULA AORTOESOFAGICA APOS GASTRECTOMIA TOTAL

Mariana Heil Kinas, Milton Sérgio Bohatch Jr, Amanda Fernandes Vidal da Silva, Franco Haritsch, Adrian Mauricio Stockler Schne, Carlos Antonio Stabel Daudt

Hospital Municipal São José, UNIVILLE

As principais causas das fístulas aorto-esofágicas são os aneurismas da aorta torácica, a ingestão de corpos estranhos, tumores e cirurgias do esôfago, bem como intervenções cirúrgicas na aorta torácica. Relatamos um caso de fístula aortoesofágica no 15º dia pós-operatório de gastrectomia total. A obtenção dos dados relatados foi feita através da revisão do prontuário do paciente, dos exames pré-operatórios, da descrição cirúrgica e dos resultados pós-operatórios. Masculino, 49 anos, submetido a gastrectomia total com anastomose termino-lateral esôfago-jejunal com grampeador circular 25mm por adenocarcinoma de fundo gástrico com invasão para esôfago distal, evoluiu com hematêmese em sangue vivo e saída de sangue pelo dreno tubular sentinela no 15º dia pós-operatório. Iniciada medidas de suporte clínico e levado ao centro cirúrgico para laparotomia exploradora branca, seguida de toracotomia exploradora que evidenciou perfuração da aorta com comunicação com o esôfago. Mesmo após o controle da hemorragia, o paciente evoluiu com choque refratário e óbito. As fístulas aortoesofágicas são raras e representam desafio terapêutico devido à elevada morbimortalidade do tratamento cirúrgico. O tratamento das fístulas aortoesofágicas visa o controle da hemorragia, a reconstrução arterial em território infectado, o manejo da sepse e a reconstrução do trato alimentar.

Palavras chave: Fístula aorto-esofágica, Aorta, Hemorragia Digestiva Alta



FISTULA COLO VESICAL: RELATO DE CASO

Jardel Borges Silva, Ana Cláudia Rocha Sales, Patsy Katherine Mendonça Gundim, Vinicius Alencar Alves, Laila Morais Nahass Franco, Paloma Feitosa Pinho Gomes

Faculdade Atenas

A união patológica da bexiga com o intestino grosso recebe o nome de fístula colovesical, que pode ter como etiologia fatores inflamatórios e neoplásicos, acometendo mais indivíduos do sexo masculino. Dentre as causas, a doença diverticular do colo sigmoide é a mais comum. A fisiopatologia da FCV causada por divertículos tem por base uma diverticulite complicada que pode unir a bexiga e causar uma perfuração nesta, levando a formação a fístula. Os sintomas que praticamente fecham o diagnóstico da FCV são os urinários, em que se destaca a pneumatúria e a presença de fezes na urina. As informações foram obtidas através da coleta e análise de dados contidos em prontuário médico. D.P.R, 59 anos, masculino, procurou atendimento por apresentar queixas de fecalúria, disúria, dor abdominal e esforço urinário. Antecedente pessoal de HAS e diverticulite. Relato de diagnosticado com disfunção vesical e múltiplas ITU no último ano. Ao exame físico, encontrava-se em BEG, afebril. O abdômen apresentava-se distendido com dor à palpação em região suprapúbica. Apresentou os seguintes achados laboratoriais: proteína C-reativa (PCR) = 139 mg/L. O sumário de urina revelou leucocitúria (25 piócitos/cp), proteinúria e hematúria (20 hemácias/cp). Solicitada Uretrocistografia que apresentou introdução difícil, não foi possível transpor o colo vesical e bexiga não visualizada. Colonoscopia apresentou estenose na transição retossigmoidea à esclarecer fístula colo vesical. Tomografia axial computadorizada abdomino-pélvica confirmou fístula colo vesical. De acordo com a clínica apresentada o paciente foi submetido a tratamento com antibioticoterapia, para a infecção urinária. O paciente foi submetido à cirurgia de remoção do processo diverticular através de colectomia parcial com anastomose primária, cistografia e fixação de Sonda Vesical de demora. O pós-operatório ocorreu sem complicações. O quadro é típico, em paciente com história de doença diverticular. Exames como cistoscopia e a tomografia computadorizada de abdome e pelve fecham o diagnóstico, sendo o último responsável por identificar ar em pequenas quantidades dentro da bexiga. As fístulas colovesicais raramente fecham espontaneamente, assim o tratamento definitivo deve ser cirúrgico. Pode ser lançado mão de várias técnicas, incluindo sigmoidectomia com anastomose primária, que é a mais usada.

Palavras chave: Fístula Colo Vesical; Fecalúria; Colectomia.

IV CONGRESSO INTERNACIONAL
DE CIRURGIA GERAL

2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



GASTRECTOMIA EM ULCERA HEMORRAGICA

Byanca Rossetti Pereira dos Santos, Luciano Ipólito Branquinho, João Pedro Teixeira Basmage, Larissa Sawaris Neto, Flávio Renato de Almeida Senefonte

Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul

A hemorragia digestiva alta (HDA) é uma emergência frequente com taxa de mortalidade com variação entre 5-10% decorrente da descompensação de outras doenças subjacentes e não pela exsanguinação em si. As úlceras representam sua causa mais frequente, de 34-67%, preconizando-se intervenção imediata. Sua classificação, FORREST, ocorre pela atividade hemorrágica sua chance de recidiva. Relato de caso de úlcera gástrica hemorrágica. Paciente sexo feminino, 66 anos, natural de Ponta Porã e procedente de Campo Grande admitida na emergência do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul com histórico de hematêmese e melena há três dias associado à instabilidade hemodinâmica. Foi submetida à estabilização e endoscopia digestiva alta (EDA) com visualização de ulcera duodenal FORREST IB na qual se realizou escleroterapia e instilação de argônio. A visualização do estômago foi prejudicada pela grande quantidade de coágulos. Após 12h, paciente evoluiu novamente com hematêmese franca associada a enterorragia, sendo realizada nova EDA com visualização de vaso com sangramento ativo (FORREST IA) em corpo gástrico refratária a tratamento endoscópico com clip metálico e injeção de epinefrina. Paciente encaminhada para cirurgia de urgência (gastrectomia parcial com reconstrução em Y de Roux). Realizou pós operatório em centro de terapia intensiva, evoluindo com melhora após a cirurgia, recebeu alta com resolução do quadro clínico. A avaliação inicial do paciente (idade, hipotensão, hematêmese e melena) fez-se fundamental para a estratificação do risco para recidivas hemorrágicas e determinação das medidas de suporte iniciais. O tratamento endoscópico é a primeira escolha a ser utilizado por proporcionar um prognóstico útil e determinar a melhor escolha sobre a hemorragia. Sua abordagem diminui o índice de recidivas para 1 a 3%, com exceção para úlceras com sinais de alto risco (presença de jatos ativos e vasos visíveis) na qual a redução atinge o índice de 5 a 10%. A abordagem cirúrgica é preconizada após a duas tentativas endoscópicas, por ser uma abordagem mais invasiva e elevar a taxa de mortalidade (15-25%). A gastrectomia parcial apresentou-se como uma boa opção para o caso descrito considerando o alto risco para recidiva da paciente assim como sua idade e quadro clínico, além de ser um tratamento definitivo em até 98% dos casos e ter uma mortalidade semelhante as outras opções.

Palavras chave: Úlcera Gástrica. Gastrectomia

IV CONGRESSO INTERNACIONAL
DE CIRURGIA GERAL

2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



GASTRECTOMIA VERTICAL: ESTRATEGIA CIRURGICA EM PACIENTE COM HERNIA INCISIONAL VOLUMOSA ASSOCIADA A OBESIDADE

Miguel Bonfitto, Nazir Elias Chalela Ayub, Thiago Sivieri, Gilberto Borges Brito, Ana Luiza Bonini Domingos, Erisvaldo Cavalcante Júnior

Hospital de Base de São José do Rio Preto

A gastrectomia vertical (GV) é um os tratamentos propostos para a obesidade, sendo consolidada entre as principais condutas cirúrgicas. Relatamos um caso de tratamento de hérnia incisional em paciente obeso, realizando primeiramente a GV à hernioplastia, buscando perda de peso para melhor desfecho. Revisão do prontuário, registro fotográfico e revisão da literatura. Paciente, MAG, 41 anos, cuidadora, portadora de hipertensão arterial e diabetes mellitus não insulino-dependente. Submetida a uma correção de hérnia umbilical há 8 anos, evoluindo com hérnia incisional gigante há cerca de 2 anos. Procurou nosso serviço para o tratamento da obesidade e correção da hérnia incisional. Peso pré-operatório: 112 kg. Altura 1,65m. IMC: 41,13 kg/m². Devido a hérnia incisional volumosa com conteúdo de delgado em seu interior, foi optado pela gastrectomia vertical afim de se obter um tratamento eficaz para obesidade sem a necessidade de intervenção na hérnia volumosa em um primeiro momento, tendo em vista a alta probabilidade de recidiva da hérnia caso a mesma fosse corrigida junto com a realização da cirurgia bariátrica, devido ao excesso de peso. Mantendo a programação da correção da hérnia incisional em um segundo momento, após a perda de peso. A gastrectomia vertical ou sleeve gástrico já é uma das principais técnicas realizada nos Estados Unidos e vem se tornando popular também no Brasil. Consiste na ressecção da grande curvatura e do fundo gástrico, paralelamente a pequena curvatura do estomago. Neste caso, utilizamos desta técnica para realizar o tratamento da obesidade mórbida em uma paciente com hérnia incisional volumosa, diminuído o tempo e o risco cirúrgico, quando comparado com outras técnicas cirúrgicas em que há necessidade de manipulação do intestino delgado, como por exemplo a Gastroplastia com by-pass em y de Roux, no qual as aderências do intestino delgado contidas no saco herniário levaria um maior tempo para realização da cirurgia e um maior risco de lesão de alças. A presença da obesidade mórbida durante a correção da hérnia incisional volumosa, levaria a um aumento muito grande na possibilidade de recidiva da hérnia, por tal motivo, optamos primeiramente, pelo tratamento da obesidade por uma técnica restritiva em que não há manipulação do delgado, com posterior programação da correção da hérnia em um segundo tempo, com a perda de peso adequada.

Palavras chave: Sleeve Gástrico, Bariátrica, Obesidade



GESTAÇÃO EM PACIENTE COM SÍNDROME DE KLIPPEL-TRENAUNAY: RELATO DE CASO.

Renan Cabral Cognette, Lucas Sant'Anna Beage, André de Freitas Secaf, Matheus Stabile de Oliveira Miguel Sawan, Denise Chubassi de Aveiro Romagnolo, Luis Gustavo Capochi Romagnolo

Faculdade de Ciências da Saúde de Barretos

A síndrome de Klippel-Trenaunay, também conhecida como síndrome de Klippel-Trenaunay-Weber, é uma anormalidade congênita rara de manifestação clínica variável e de etiologia desconhecida.¹ O critério diagnóstico clássico é uma tríade de anormalidades, que incluem malformações capilares (comumente nevos cutâneos/hemangiomas), malformações venosas ou veias varicosas e hipertrofia óssea de tecidos moles. Ela afeta um ou mais membros, sem a presença de malformações arteriovenosas hemodinamicamente significativas.¹ O diagnóstico é clínico e pode ser feito por uma tríade de anormalidades, sendo necessários apenas dois dos seguintes para o diagnóstico: malformações capilares, malformações venosas ou veias varicosas e hipertrofia de ossos e tecidos moles, afetando um ou mais membros, sem comprometimento hemodinâmico significativo. A síndrome de Klippel-Trenaunay é uma condição rara e, uma vez que a gravidez pode exacerbar as complicações da doença, coloca a gestante sob alto risco obstétrico. A gestação geralmente é desencorajada nestas pacientes. A paciente foi acompanhada em ambulatório especializado de gestação de alto risco até o puerpério. P.B.D., 17 anos, G2P1(C) A0 e idade gestacional de 16 semanas, foi encaminhada ao Ambulatório Médico de Especialidades (AME) para pré-natal de alto risco devido à gestação gemelar monocoriônica/diamniótica. A paciente é portadora de Síndrome de Klippel-Trenaunay com diagnóstico firmado aos 14 anos. Teve uma primeira gravidez há dois anos, sem ter acompanhamento em pré-natal de alto risco. A evolução da gestação foi favorável, porém o feto ao nascer foi diagnosticado com hidrocefalia sem causa aparente. A evolução da gestação ocorreu sem intercorrências até a 36ª semana quando em ultrassonografia obstétrica de rotina, foi diagnosticada centralização fetal ao Doppler, realizada cesariana. O procedimento cirúrgico ocorreu sem intercorrências. Paciente permaneceu em anticoagulação durante o puerpério, sendo suspensa 42 dias após o parto, quando compareceu à consulta revisão puerperal e notou-se importante melhora do edema e alongamento de membro inferior esquerdo. A gravidez em pacientes com Síndrome de Klippel Trenaunay tem alto risco de tromboembolismo e de complicações hemorrágicas. Devido a raridade desta enfermidade, existe pouca informação de cuidado obstétrico para aconselhar as pacientes com esta síndrome.



HEMOTÓRAX POR INVASÃO NEOPLÁSICA: PADRÃO ATÍPICO DE CONDIROSSARCOMA- UM RELATO DE CASO.

Géssica Ribeiro Borges, Marcelo Gobbo Júnior, Camilla Vilela Vieira, Geisa Ribeiro Borges, Nelson Araujo Vega

Centro Universitário Barão de Mauá

As causas mais comuns de pneumotórax são relacionadas ao trauma. Complicação frequente desse agravo de saúde, o hemotórax gera repercussões ao paciente que o colocam em instabilidade hemodinâmica e respiratória. A coleção sanguínea na cavidade pleural raramente se associa à condições clínicas distintas como tumores sólidos, endometriose e coagulopatias, no entanto, o estudo apurado e sistematizado desses casos deve ser enfatizado, uma vez que o diagnóstico precoce é capaz de determinar o desfecho favorável para o paciente. Análise de prontuários referentes ao serviço de assistência hospitalar a que o paciente foi referido. Paciente masculino 23 anos refere que há 5 meses apresentou dor de moderada intensidade em hemitórax esquerdo, de início insidioso e evolução progressiva, associado à emagrecimento e hiporexia. Refere episódio de síncope associado à dispnéia. Procurou nosso serviço facultativamente, sendo evidenciado hemotórax e o mesmo drenado no local, sem seguimento investigativo. Há uma semana do quadro inicial, evoluiu com hemoptise e dispnéia aos pequenos esforços. Ao exame físico apresentou murmúrio vesicular fisiológico abolido em terços médio e inferior esquerdo. Foi realizada TC que demonstrou hipercaptação do radiofármaco em região da articulação costochondral do 7º arco costal esquerdo com lise e inflamação óssea com projeção exofítica para a cavidade pleural além de espessamento pleural ao redor do lobo inferior do pulmão esquerdo com calcificações. Realizada biópsia da lesão que evidenciou condrossarcoma grau I. Paciente em acompanhamento pelo serviço de cirurgia torácica e oncológica no hospital de origem. O relato traz à luz a discussão de uma apresentação atípica de condrossarcoma metastático. O quadro foi aberto com um episódio de hemotórax espontâneo sem prosseguimento investigativo. O condrossarcoma corresponde à 10% dos tumores de parede torácica, com raro crescimento exofítico para cavidade pleural e ainda nessas circunstâncias raramente infiltra a pleura levando à calcificação e sangramento, como no caso relatado. Trata-se do primeiro caso de hemotórax espontâneo em um caso de condrossarcoma grau I metastático na literatura nacional. Compendiar casos semelhantes com seguimento clínico e relato das propostas terapêuticas é de grande importância para diagnóstico precoce e tratamento adequado aos pacientes.

Palavras chave: Hemotórax, Condrossarcoma, Metástases, Apresentação Atípica



HERNIA DE AMYAND ASSOCIADA A HERNIA INGUINAL MISTA A DIREITA RECIDIVADA

filinto gonçalves aguiar junior, fernanda zamperline, eduardo sônego toledo, edson garcia fontes, carlos augusto bergamo palchetti

santa casa de misericórdia - são josé do rio preto - Sao Paulo - Brasil

A hérnia de Amyand foi descrita por Claudius Amyand no ano de 1735, caracteriza-se pela presença de apêndice vermiforme no interior do saco herniário inguinal. Desde então a “Hérnia de Amyand” tem sido relatada pela literatura mundial como evento raro, correspondente a cerca de 1% de todas as hérnias. A sua manifestação clínica não difere das manifestações de quaisquer outras hérnias inguinais, exceto em casos em que apresentam associado inflamação do apêndice com clínica sugestiva de hérnia estrangulada. O diagnóstico pré-operatório da hérnia de Amyand é raro, sendo, na maioria dos casos, realizado durante a intervenção cirúrgica. O relato do presente caso tem o objetivo de alertar os cirurgiões, para o correto diagnóstico precoce e tratamento desta rara condição cirúrgica, relatar o caso de um paciente portador de hérnia inguinal bilateral, recidivada à direita haja vista que durante o ato cirúrgico observou-se como parte do conteúdo do saco herniário o achado de hérnia de Amyand. Método: as informações foram obtidas por meio de anamnese, exame físico global, visualização direta durante ato cirúrgico e revisão de literatura. Considerações finais: o caso relatado e publicações levantadas trazem à luz a discussão da terapêutica de uma situação complexa, um caso inesperado, que se houvesse retardado a fase diagnóstica levaria a complicações supurativas graves que comprometeriam a boa evolução clínica do paciente em questão. Quando bem executada técnica cirúrgica adequada, com colocação de tela de Liechtenstein (livre de tensão) com reforço de parede posterior, em paciente devidamente selecionado, apresenta satisfatório resultado pós-operatório tanto imediato quanto tardio com baixos índices de complicações. Durante ato intra-operatório foi evidenciado não apenas uma hérnia inguinal direta, mas sim mista com fraqueza no triângulo de Hasselbach e saco herniário contendo em seu interior apêndice vermiforme sem sinais inflamatórios, realizado apendicectomia e posterior herniorrafia inguinal à direita utilizando a técnica de Liechtenstein com reforço de parede posterior, sem intercorrências, com boa evolução pós-operatória e alta hospitalar no segundo dia de internação. A hérnia de Amyand compõe 1% de todas as hérnias inguinais, porém acredita-se que esse número seja substancial devido a dificuldade de suspeição por carência na apresentação clínica.

Palavras chave: Hérnia de Amyand. Hérnia Recidivada, Mista



HERNIA DE AMYAND: RELATO DE CASO

José Maurício Caldeira Filho, Fernanda Zamperlini, Rodrigo Tadeu Rodrigues Silvestre, Aline Patricia Soares Dias De Souza

Santa Casa de Misericórdia de São José do Rio Preto

A hérnia de Amyand foi descrita por Claudius Amyand no ano de 1786 e caracteriza-se pela presença de apêndice vermiforme no interior do saco herniário. Representa menos de 1% de todos os casos de hérnias e sua incidência cai para 0,13% quando associado a sinais de apendicite aguda. Pode afetar qualquer faixa etária sendo mais comum no sexo masculino. O diagnóstico assertivo de hérnia de Amyand é, em sua maioria maioria, intra-operatório.

Análise de prontuário. Relato de caso. Paciente C.A.F., sexo masculino, 58 anos realizou acompanhamento ambulatorial para programação cirúrgica eletiva devido quadro de hérnia inguinal direita recidivada cursando com quadro de dor leve em região de saco herniário, sem demais queixas. Exames pré operatórios laboratoriais sem alterações. Durante a intervenção cirúrgica eletiva para correção de hérnia inguinal recidivada evidenciou-se apêndice cecal no interior do saco herniário com sinais flogísticos sugestivos de apendicite aguda fase 2. Foi realizado apendicectomia mais herniorrafia inguinal por técnica de Lichtenstein. Anatomopatológico de produto de apendicectomia evidenciando apendicite aguda. Paciente recebeu alta no terceiro dia de pós operatório, assintomático e alta ambulatorial após 30 dias. Grande parte dos casos de hérnia de Amyand estão relacionados a quadros agudos de hérnias estranguladas/encarceradas admitidos em serviços de emergência pelas equipes de cirurgia geral. A técnica cirúrgica utilizada é individualizada de acordo com cada caso. A relevância do presente relato da-se pelo evento da apendicite aguda evidenciada durante procedimento eletivo para correção eletiva do quadro de hérnia inguinal recidivada.

Palavras chave: Hérnia de Amyand



HERNIA DE AMYAND: RELATO DE CASO

Mariana Heil Kinas, Matheus Dorneles Fronza, Milton Sérgio Bohatch Jr, Amanda Fernandes Vidal da Silva, João Guilherme Cavalcanti Krieger, Shiguenori Iwamura

Hospital Municipal São José, UNIVILLE

A hérnia de Amyand é uma entidade rara que consiste na presença do apêndice cecal dentro de saco herniário inguinal. O diagnóstico geralmente é dado no trans-operatório de herniorrafia inguinal ou de apendicectomia. Relatamos um caso de hérnia de Amyand em adulto masculino. A obtenção dos dados relatados foi feita através da revisão do prontuário do paciente, dos exames pré-operatórios, da descrição cirúrgica e dos resultados pós-operatórios. Masculino, 58 anos, com dor em fossa ilíaca direita e hipogastro iniciada há 4 dias. Foi internado por apendicite supurada e proposto tratamento cirúrgico. No trans-operatório foi constatada presença do apêndice cecal no interior do anel inguinal direto (Hérnia de Amyand) com moderada quantidade de líquido purulento no interior do saco herniário. O reparo cirúrgico foi realizado sem intercorrências e o paciente teve alta no segundo dia pós operatório. A hérnia de Amyand é um achado raro, e seu diagnóstico pré-operatório é incomum, devendo ser considerada como um diagnóstico diferencial de hérnia inguinal direita.

Palavras chave: Hérnia de Amyand, Apêndice, Apendicite, Hérnia Inguinal



HERNIA DE RICHTER: RELATO DE CASO

Matheus Dorneles Fronza, Mariana Heil Kinas, Milton Sérgio Bohatch Jr, Amanda Fernandes Vidal da Silva, João Guilherme Cavalcanti Krieger, André Carminati Lima

Hospital Municipal São José, UNIVILLE

A hérnia de Richter é definida como uma hérnia abdominal em que parte da circunferência do intestino é aprisionada e estrangulada no orifício herniário. Relatamos um caso de hérnia de Richter em paciente masculino de 93 anos. A obtenção dos dados relatados foi feita através da revisão do prontuário do paciente, dos exames pré-operatórios, da descrição cirúrgica e dos resultados pós-operatórios. Masculino, 93 anos, refere dor e abaulamento progressivo em região inguinal esquerda há 1 dia, associado a episódios de êmese e hiporexia. Realizada ultrassonografia com sinais ecográficos compatíveis com hérnia crural à esquerda, além de conteúdo de alças intestinais distendidas e sinais de processo inflamatório reacional nos planos adiposos adjacentes. O reparo cirúrgico foi realizado com fixação de tela de Marlex ao ligamento de Cooper, ocluindo o anel femoral a partir do tubérculo púbico. O trans-operatório não teve intercorrências. No 2º dia pós-operatório, foi realizado ultrassonografia com doppler, mostrando trombose recente em toda extensão de veias femorais. Com boa evolução, o paciente recebeu alta no 7º dia pós-operatório. A hérnia de Richter representa 10% das hérnias abdominais estranguladas, acometendo, principalmente, pacientes idosos entre 60 e 80 anos. O local mais comum de sua incidência é no anel femoral, seguido pelo canal inguinal. O tratamento é essencialmente cirúrgico, sendo o tempo um fator importante na prevenção da necrose intestinal como complicação.

Palavras chave: Hérnia de Richter, Anel Femoral, Hérnia encarcerada, Canal Inguinal

IV CONGRESSO INTERNACIONAL
DE CIRURGIA GERAL

2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC



CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP

HERNIA DIAFRAGMÁTICA COM CONTEÚDO HEPÁTICO TRATADA DURANTE UM EPISÓDIO DE PNEUMOTORAX ESPONTÂNEO: RELATO DE CASO

HÍLIO PIRES GUIMARÃES NETO, NELSON DE ARAUJO VEGA, HUGO ALEJANDRO VEGA ORTEGA, IGOR CARDOSO BAIMA

Santa Casa de Ribeirão Preto

A hérnia diafragmática é a presença de víscera abdominal na cavidade torácica por ruptura do músculo diafragma. Representa menos de 1% das injúrias torácicas por causas traumáticas ou congênitas. Deve ser rapidamente reconhecida e tratada pelo elevado risco de encarceramento e estrangulamento do conteúdo abdominal. Apresenta-se caso de mulher de 37 anos com segundo episódio de pneumotórax espontâneo à direita associado à presença de hérnia diafragmática. Mulher, 37 anos, casada, católica e empregada doméstica apresentou dor torácica de início súbito em hemitórax direito associada à dispneia e tosse seca. Pneumotórax espontâneo drenado há 6 meses. Negou endometriose prévia e outras comorbidades, uso de medicações, etilismo ou tabagismo. Realizou radiografia e tomografia computadorizada de de tórax (figuras 1 e 2) que evidenciou pneumotórax à direita e elevação de cúpula diafragmática direita. Ao exame: Bom estado geral, corada, hidratada, afebril, acianótica e anictérica. Murmúrio vesicular presente diminuído em hemitórax direito e sem ruídos adventícios, 2 bulhas rítmicas normofonéticas sem sopros e abdome com ruídos hidroaéreos normoativos sem dor à palpação. Optado por toracotomia antero-lateral direita no dia 14/03/17, com achados intra-operatórios de ruptura diafragmática no hemitórax direito, conteúdo hepático herniado e presença de vesículas subpleurais (blebs) no lobo médio. Realizados redução do conteúdo hepático, fechamento do defeito diafragmático com sutura com pontos separados, toracostomia com drenagem pleural fechada e pleurodese. A paciente evoluiu bem no pós-operatório com débito de 450 ml no dreno no primeiro dia de pós-operatório, 100 ml no segundo dia e retirada do dreno com alta hospitalar no terceiro dia.

Palavras chave: Hérnia Diafragmática; Fígado; Pneumotórax Espontâneo

IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIRURGIA GERAL 2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



HERNIA DIAFRAGMATICA EM POLITRAUMA CONTUSO

Victor Antônio Peres Alves Ferreira Avezum, Erisvaldo Ferreira Cavalcante-Júnior, Gustavo Guilherme Falavigna, Andres Menacho Abularach, Carlos Dario da Silva Costa, Paulo César Espada

FAMERP

Homem, 51 anos, vítima de trauma carro x carro, de alta energia em rodovia, apresentou traumatismo craniano e perda de consciência. No pré-hospitalar apresentava queda da saturação de oxigênio sem máscara de oxigênio, pressão arterial de 120x70 mmHg, escala de coma de glasgow 13. No exame primário da admissão, estava imobilizado com colar cervical, via aérea pérvia, ausculta pulmonar presente bilateral, levemente diminuída a esquerda, saturação 100% com máscara de oxigênio. Estável hemodinamicamente. Apresentava pupilas isocóricas e glasgow 14. No exame secundário, apresentava enfisema subcutâneo e crepitação no tórax a esquerda, dor a palpção de flanco direito, ferimento superficial em coxa esquerda. Na investigação tomográfica foi evidenciado hérnia diafragmática à esquerda, fratura de esterno e fratura de arcos costais à esquerda. Também foi realizado radiografia de membros, que mostrou fratura de bacia e fêmur à esquerda. Realizado laparotomia exploradora, sendo evidenciada laceração diafragmática de cerca de 15 centímetros a esquerda, com herniação de fundo gástrico, intestino delgado e epíplon. Optado por redução do conteúdo herniário, síntese diafragma com pontos separados e drenagem de tórax a esquerda. Optado também pela fixação das fraturas pela equipe da ortopedia. Evoluiu satisfatoriamente. Revisão de Prontuário Relato de caso com hérnia diafragmática em vítima de politrauma submetido a laparotomia e rafia diafragmática. A lesão diafragmática traumática ocorre em traumas contusos (1-7%) e penetrantes (10-15%) na região toracoabdominal. O lado esquerdo é mais acometido que o direito com incidência de 75 e 25%, respectivamente. Estão freqüentemente associados à politraumas e lesões em pelve, membros e tórax. Clinicamente, podem se manifestar com dor no ombro e/ou epigástrica, dificuldade respiratória e presença de ruídos hidroaéreos no tórax, no entanto, nenhum sinal ou sintoma é patognomônico. O exame inicial para o diagnóstico é a radiografia simples de tórax, que pode evidenciar vísceras ocas ou sonda nasogástrica em tórax, no entanto, 50% dos casos só apresentarão alterações inespecíficas, sendo a tomografia computadorizada muitas vezes necessárias. O tratamento é cirúrgico, no quadro agudo acesso via abdominal por meio de laparotomia ou laparoscopia e, no crônico, acesso torácico principalmente por toracoscopia.

Palavras chave: Hérnia diafragmática, Politrauma



HERNIA OBTURADORA ENCARCERADA: UM RELATO DE CASO

Juliana Chalela Ayub, Bruno Ziade Gil, Sidney Moreno Gil, Fellipe Silveira Souto, Izabela Maria Torres, João Paulo Dias

Hospital São Domingos

A hérnia obturadora é uma patologia rara, a mesma consiste na entrada de conteúdo abdominal para o orifício pélvico do canal do obturador. O presente estudo trata-se de uma paciente 86 anos que apresentou quadro de abdome agudo obstrutivo secundário a uma hérnia obturadora encarcerada e estrangulada a direita. O diagnóstico fora feito por exame clínico e de imagem. Fora indicada laparotomia exploradora, onde fora evidenciada peritonite e acometimento de alças intestinais delgadas, motivo pelo qual não fora introduzida tela de polipropileno, fora realizada enterectomia com anastomose primária, a mesma evoluiu bem, recebendo alta hospitalar no 5º dia pós operatório, recebendo seguimento do caso via ambulatorial. Por se tratar de uma patologia rara a hérnia do obturador, tem seu diagnóstico definido tardiamente, podendo por isso levar ao encarceramento e por vezes estrangulamento de conteúdo herniário, como no presente estudo. Sendo de suma importância a divulgação de casos clínicos relacionados a tal patologia, afim de evidenciar suas diferentes apresentações clínicas, fazendo com que os cirurgiões se lembrem deste diagnóstico diferencial em suas rotinas de trabalho. Concluindo-se também que em casos onde há peritonite, não é conveniente a introdução de tela de polipropileno pelo risco de infecção da mesma, sendo possível a correção do defeito sem tela.

Palavras chave: Hernia do Obturador ; Hernia Estrangulada ; Hernia Encarcerada

IV CONGRESSO INTERNACIONAL
DE CIRURGIA GERAL

2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



HERNIA OBTURATORIA: UM ACHADO INCIDENTAL EM UMA HERNIOPLASTIA INGUINAL VIDEOLAPAROSCÓPICA

ERIC TIAGO RAIMONDI, DIEGO RODRIGO DAMETTO, MIGUEL BONFITO, NAZIR ELIAS CHALELA AYUB, MARCO ANTONIO RIBEIRO FILHO, FRANCISCO GARCIA PARRA

FAMERP

A hérnia obturatória, é uma patologia relativamente rara, correspondendo a 0,05 -1,4% de todas as hérnias da parede abdominal, causando 0,2-1,6% dos casos de obstrução do intestino delgado com alta mortalidade dentre as hérnias complicadas. Apresenta incidência maior em mulheres idosas e devido a relativa raridade e sintomas geralmente inespecíficos, o seu diagnóstico e tratamento podem ser atrasados, motivo que associa complicações, com hérnias estranguladas em 25 a 100% dos casos e mortalidade relatada para hérnia complicada variando de 12 a 70%.

Revisão de prontuário e literatura médica. Paciente 42 anos, sem comorbidades prévias, apresentando quadro de abaulamento inguinal do lado esquerdo que piorava com esforço físico e melhorava durante o repouso, associado a dores intermitentes na região inguinal e parte interna da coxa esquerda. No exame físico possuía um abaulamento inguinal redutível, sugestivo de hérnia inguinal, confirmada no US. Foi indicado a correção cirúrgica por videolaparoscopia. Durante procedimento foi identificado como um achado incidental, uma hérnia obturatória pequena que foi reduzida e tratada junto com a hérnia inguinal com a fixação de tela sintética. O procedimento ocorreu sem intercorrências e o paciente recebeu alta hospitalar com boa evolução posterior. A hérnia obturadora é uma condição associada a múltiplos fatores predisponentes. Além de mulheres e idosos, também são citadas a doença pulmonar obstrutiva crônica, multiparidade, constipação crônica, emaciação e o relaxamento peritoneal. Os estágios de formação da hérnia progridem da entrada da gordura peritoneal pelo canal obturador até a formação de um saco peritoneal e surgimento de sintomas relacionados a hérnia e seu conteúdo. Os sintomas podem ser do tipo obstrução intestinal, por vezes intermitentes, e o sinal clínico característico é o de *Howship-Romberg*, presente em 15 a 50% dos casos, caracterizado pela dor ao longo do nervo obturador. A tomografia computadorizada é o exame mais utilizado, com efetividade em até 100% dos casos. O diagnóstico também pode ser obtido no ato cirúrgico e o tratamento pode usar diferentes técnicas, inclusive a via laparoscópica. Trata-se de um caso relevante, visto que, quando diagnosticado de modo tardio pode estar associado a complicações e importante gravidade.

Palavras chave: Hérnia Obturadora, Abdome Agudo Obstrutivo, Sinal de Howship-Romberg



HIPERALDOSTERANISMO PRIMÁRIO: TRATAMENTO CIRÚRGICO

Rennan Moreira, Matheus Lopes Puls

Universidade de Araraquara

O hiperaldosteronismo primário (HA) é uma condição clínica na qual há secreção inapropriada de aldosterona e supressão da renina plasmática, tendo os adenomas produtores de aldosterona e hiperplasia adrenal bilateral como etiologias mais comuns. Tem interesse médico - cirúrgico uma vez que é estimado em 20% dos hipertensos resistentes. OBJETIVO: Descrever os métodos terapêuticos cirúrgicos atuais para o manejo adequado do HA. Buscou - se nas bases de dados Medline (acessada via Pubmed), SciELO, Scopus e biblioteca Cochrane de 1 janeiro de 2017 a 31 de julho de 2017 artigos utilizando como descritores Primary Hyperaldosteronism, Treatment, Management, Surgery e Surgical. Realizou-se a seleção inicial dos artigos com base nos títulos e resumos e, após verificação do conteúdo apropriado, buscou-se o texto completo, não havendo critério de exclusão quanto ao tipo do estudo. Obteve - se 34 artigos do período de 2013 a 2017 e, destes, selecionaram - se 14 publicações que respondiam satisfatoriamente aos objetivos deste trabalho. Foram priorizados os artigos mais atuais, de mais alto fator de impacto e nível de evidência. O tratamento cirúrgico do HA deve ser feito após realização de exames bioquímicos e de imagem (tomografia computadorizada), sendo que a coleta seletiva das veias adrenais é essencial para demonstrar causa unilateral ou bilateral da patologia. Pacientes com hiperssecreção adrenal unilateral podem ser curados com adrenalectomia unilateral sendo a via laparoscópica transperitoneal ou retroperitoneal a estratégia de escolha, enquanto que pacientes com HA bilateral e não eletivos à cirurgia são tratados com antagonistas de receptores de mineralocorticóides. A confirmação bioquímica, imagenológica e com coleta seletiva das veias adrenais é fundamental tanto para o diagnóstico de HA quanto para a opção entre tratamento clínico ou cirúrgico.

Palavras chave: Tratamento Cirúrgico, Hiperaldosteronismo, Primário



HIPERTENSAO PORTAL ESQUISTOSSOMOTICA: TRATAMENTO CIRURGICO

Giovana Fiod Grela, Felipe Cavenaghi Fiod, Matheus Lopes Puls, Rennan Farias, Sérgio Mattos Puls

UNIFEV, UNIARA

A hipertensão portal esquistossomótica (HPE) é uma complicação possível da forma hepática ou hepatoesplênica da esquistossomose, decorrendo da oclusão da veia porta por deposição dos ovos e seus granulomas nos ramos venosos intra-hepáticos quando o paciente é parasitado por esquistossomas de ambos os sexos ou provocada pelo próprio parasita vivo ou morto, nos casos de infestação maciça. Apresenta interesse médico-cirúrgico uma vez que até 7% da população infectada por *Schistosoma mansoni* pode apresentar a condição e evoluir ao óbito devido a hemorragias principalmente por varizes esofagogástricas. Buscou-se nas bases de dados Medline (acessada via Pubmed), SciELO, Scopus e biblioteca Cochrane de 1 janeiro de 2017 a 31 de julho de 2017 artigos utilizando como descritores Portal Hypertension, Mansonic Schistosomiasis, Schistomomal, Treatment, Managment, Surgery e Surgical. Realizou-se a seleção inicial dos artigos com base nos títulos e resumos e, após verificação do conteúdo apropriado, buscou-se o texto completo, não havendo critério de exclusão quanto ao tipo do estudo. Obteve-se 34 artigos do período de 2013 a 2017 e, destes, selecionaram-se 10 publicações que respondiam satisfatoriamente aos objetivos deste trabalho. Foram priorizados os artigos mais atuais, de mais alto fator de impacto e nível de evidência, como revisões sistemáticas. O tratamento cirúrgico da hipertensão portal esquistossomótica tem características distintas quando comparado com pacientes cirróticos, uma vez que a função hepática é preservada na hepatopatia esquistossomótica. Portanto, ao tentar reduzir a pressão do portal implica no conhecimento de que a operação pode interferir com a perfusão e, conseqüentemente, com a função hepática. A terapêutica cirúrgica tem como objetivo tratar e prevenir o hemorragias. A literatura especializada demonstra que a esplenectomia, a divisão da veia gástrica esquerda, a devascularização da grande curvatura gástrica e a esclerose varicosa endoscópica pós-operatória apresentaram bons resultados globalmente e devem ser consideradas como opções terapêuticas. Apesar de rara, o conhecimento da SM é fundamental para seu diagnóstico intra-operatório e conseqüentemente, para o manejo cirúrgico ideal e melhor prognóstico dos pacientes.

Palavras chave: Hipertensão Portal; Esquistossomótica; Tratamento.



HISTIOCITOSE EM REGIAO PALPEBRAL ESQUERDA: RELATO DE CASO

Anderson José Gonçalves, Marcus Vinicius Almeida BRAGA, Marco Aurélio Oliveira Marinho, Eurípedes Oliveira Marinho

UFTM

A histiocitose de células de Langerhans (HCL) é uma doença rara que ocorre pela proliferação clonal de células fenotipicamente semelhantes às células de Langerhans, sendo a forma mais comum e mais grave dessa enfermidade, acometendo sobretudo crianças até os dois anos de idade e diversas partes do corpo. O seu diagnóstico é feito com base nos exames histológico e imuno-histoquímico das lesões. O tratamento depende da forma de apresentação da doença. Os autores do relato participaram ativamente do tratamento e/ou da análise retrospectiva do prontuário da paciente. F.V.S, 11 anos, sexo feminino, apresentava nodulação com +/- 2cm, indolor, móvel em região frontal, hiperemiada e edemaciada em região palpebral esquerda (E). Foi realizado Raio-X de crânio AP, Perfil e Towne que mostrou lesão líticas expansiva, comprometendo a região frontal E com extensão a tecidos moles extra-cranianos, tábuas ósseas e díploe, meninges e giro frontal inferior ipsilaterais, sendo confirmada pela tomografia computadorizada, que mostrou ainda aumento de partes moles e realce periférico em meio de contrastado, com realce da dura-máter, porém sem sinais de lesão parenquimatosa cerebral, além de cintilografia, que mostrou área central com halo hiperconcentrante na região supraorbitária E, com hipótese diagnóstica (HD) de HCL, sendo a mesma confirmada por biópsia. Optou-se pela excisão cirúrgica, com incisão supraciliar E, na transição entre supercílio e pele, +/-3 cm. Feita divulsão por planos até a identificação de uma cápsula esbranquiçada, espessa, que envolvia a tumoração. Aberta a cápsula com bisturi, houve saída de pequena quantidade de líquido amarelado e de uma massa amarelada, em moderada quantidade. Realizada rigorosa hemostasia local. No pós-operatório tardio, foi realizado estadiamento e quimioterapia conforme Protocolo LCH III. A órbita pode ser acometida de forma secundária nos subtipos da doença multifocal ou como foco único e isolado. A HCL orbitária acomete tipicamente crianças e adolescentes do sexo masculino, apresenta crescimento rápido, aspecto inflamatório e grande destruição tecidual, que contrasta com sua natureza benigna. A presença de lesão óssea isolada da órbita, assim como a presença de lesões no osso mastoide e no osso temporal, é considerado fator de risco para o surgimento de complicações no sistema nervoso central.

Palavras chave: Histiocitose, Células de Langerhans, Tumoração Orbitária.



ILEO BILIAR - RELATO DE CASO

Matheus Dorneles Fronza, Mariana Heil Kinas, Amanda Gehlen De Marco, Milton Sérgio Bohatch Jr, Amanda Fernandes Vidal Da Silva, Murilo Pilatti Santos

Hospital Municipal São José, UNIVILLE

O íleo biliar é uma enfermidade rara decorrente de uma comunicação anormal entre a via biliar e o tubo digestivo, com impactação de cálculos biliares na luz intestinal. Relatamos um caso de íleo biliar em paciente feminino de 67 anos com evolução desfavorável. A obtenção dos dados relatados foi feita através da revisão do prontuário do paciente, dos exames pré-operatórios, da descrição cirúrgica e dos resultados pós-operatórios. Mulher, 67 anos, procurou atendimento por epigastria iniciada há um dia, que evoluiu com dor abdominal em cólica, distensão abdominal, náuseas, vômitos, e parada de eliminação de gases e fezes. Apresentava dor à palpação, mas sem dor à descompressão súbita. Foi realizada tomografia computadorizada que evidenciou imagem nodular com calcificação parietal medindo 2,1 cm, localizada no interior do jejuno distal, associada a distensão líquida das alças a montante. Apresentava ainda colecistopatia calculosa com heterogeneidade da parede vesicular e focos gasosos internos e adjacentes à vesícula. Foi submetida à laparotomia exploradora que evidenciou vesícula biliar perfurada comunicando-se com o duodeno e cálculo impactado a 70 cm do ângulo de Treitz. Foi realizada colecistectomia, retirada retrógrada do cálculo, duodenorrafia e patch de omento a Graham. A paciente evoluiu com choque séptico refratário a medidas clínicas com óbito no 4º dia de pós-operatório. O íleo biliar ocorre em aproximadamente 0,3 a 0,5% dos portadores de cálculos de vesícula, sendo que aproximadamente 25% dos pacientes possuem mais de 65 anos e a maioria é portadora da doença calculosa assintomática. O diagnóstico raramente é feito no pré-operatório, sendo suspeitado na presença de aerobilia no exame de imagem, como raio-x ou tomografia. O tratamento cirúrgico envolve a enterotomia e a remoção do cálculo.

Palavras chave: Íleo Biliar, Colecistopatia, Aerobilia, Choque Séptico

IV CONGRESSO INTERNACIONAL
DE CIRURGIA GERAL

2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



ILEO BILIAR: RELATO DE CASO

Tatiane Cristina Oliveira Gigek, Rafael Baldissera Cardoso, João Paulo Galletti Pilon

Universidade de Marília

Majoritariamente, o Íleo Biliar é assintomático, mas em outros os pacientes podem tornar-se sintomáticos ou ter complicações. Uma das complicações mais raras é a evolução para abdome agudo obstrutivo através de uma fístula entre a vesícula e algum segmento intestinal, ocorrendo a passagem dos cálculos para o trato digestivo, denominado Íleo biliar. M.L.R.R, mulher, 82 anos, admitida no ABHU queixando-se de dor abdominal difusa de forte intensidade há quatro dias que se intensificou há um dia, associada a náusea e diversos episódios de êmese. Apresenta constipação, ausência de flatos há três dias e anorexia. Antecedente de HAS, insuficiência venosa e colelitíase. Ao exame físico apresentava-se desidratada, eupneica, com FC de 80 bpm e normotensa. Abdome doloroso à palpação, com ruídos hidroaéreos diminuídos e DB+. Murphy negativo. Os exames laboratoriais evidenciaram leucocitose sem desvio e alterações dos níveis de uréia e creatinina. A radiografia de abdome evidenciou distensão e níveis hidroaéreos em alças do intestino delgado. A TC mostrou aerobilia, distensão da câmara gástrica e de alças de intestino delgado, com redução abrupta do calibre na região do mesogástrio confirmando a hipótese de abdome agudo obstrutivo mecânico por cálculos biliares. Com o diagnóstico de abdome agudo obstrutivo foi iniciado reposição volêmica e introduzida sonda nasogástrica. A paciente então foi encaminhada para avaliação da equipe de cirurgia que optou por manter a sonda por um dia com posterior laparotomia exploratória. O Íleo biliar ocorre em aproximadamente 0,5% dos casos de colecistite aguda. Sua evolução consiste num episódio prévio de colecistite aguda, seguido de inflamação nos tecidos da vesícula biliar, formando aderências entre esta e o intestino delgado. O cálculo responsável produz erosão através das paredes, formando uma fístula colecistoentérica. Ocorre então migração do cálculo para a luz intestinal, até que haja impactação e obstrução. A radiografia de abdome pode fechar o diagnóstico demonstrando a clássica Tríade de Rigler. O exame de imagem com maior importância diagnóstica é a TC contrastada. O tratamento de escolha é a colecistectomia com correção das fístulas.

Deve ser sempre considerado como diagnóstico diferencial em pacientes com obstrução intestinal, principalmente em idosos e do sexo feminino.

Palavras chave: Íleo Biliar; Abdome Agudo.



ILEO BILIAR: UMA RARA COMPLICAÇÃO

Rafael Baldissera Cardoso, Tatiane Cristina Oliveira Gigek, João Paulo Galetti Pilon

Universidade de Marília

Majoritariamente, o Íleo Biliar é assintomático, mas em outros os pacientes podem tornar-se sintomáticos ou ter complicações. Uma das complicações mais raras é a evolução para abdome agudo obstrutivo através de uma fístula entre a vesícula e algum segmento intestinal, ocorrendo a passagem dos cálculos para o trato digestivo, denominado Íleo biliar. M.L.R.R, mulher, 82 anos, admitida no ABHU queixando-se de dor abdominal difusa de forte intensidade há quatro dias que se intensificou há um dia, associada a náusea e diversos episódios de êmese. Apresenta constipação, ausência de flatos há três dias e anorexia. Antecedente de HAS, insuficiência venosa e colelitíase. Ao exame físico apresentava-se desidratada, eupneica, com FC de 80 bpm e normotensa. Abdome doloroso à palpação, com ruídos hidroaéreos diminuídos e DB+. Murphy negativo. Os exames laboratoriais evidenciaram leucocitose sem desvio e alterações dos níveis de uréia e creatinina. A radiografia de abdome evidenciou distensão e níveis hidroaéreos em alças do intestino delgado. A TC mostrou aerobilia, distensão da câmara gástrica e de alças de intestino delgado, com redução abrupta do calibre na região do mesogástrio confirmando a hipótese de abdome agudo obstrutivo mecânico por cálculos biliares. Com o diagnóstico de abdome agudo obstrutivo foi iniciado reposição volêmica e introduzida sonda nasogástrica. A paciente então foi encaminhada para avaliação da equipe de cirurgia que optou por manter a sonda por um dia com posterior laparotomia exploratória. O Íleo biliar ocorre em aproximadamente 0,5% dos casos de colecistite aguda. Sua evolução consiste num episódio prévio de colecistite aguda, seguido de inflamação nos tecidos da vesícula biliar, formando aderências entre esta e o intestino delgado. O cálculo responsável produz erosão através das paredes, formando uma fístula colecistoentérica. Ocorre então migração do cálculo para a luz intestinal, até que haja impactação e obstrução. A radiografia de abdome pode fechar o diagnóstico demonstrando a clássica Tríade de Rigler. O exame de imagem com maior importância diagnóstica é a TC contrastada. O tratamento de escolha é a colecistectomia com correção das fístulas. Deve ser sempre considerado como diagnóstico diferencial em pacientes com obstrução intestinal, principalmente em idosos e do sexo feminino.

Palavras chave:Íleo Biliar; Colelitíase; Abdome Agudo, Dor Abdominal



INSULINOMA: PRIMEIRO CASO REGISTRADO NO HRAV

Jorge Calderon Chavez, Ricardo Stefano Da Penha, Andréa Virmond El Hosni, Gabriela Vieira Borges, Karina Ilheu Da Silva, Bruno Hafemann Moser

Hospital Regional Alto Vale

O insulinoma do pâncreas é a neoplasia neuroendócrina proveniente das células beta das ilhotas pancreáticas. Apesar de rara, é a neoplasia endócrina pancreática mais comum. Os doentes com insulinoma apresentam sintomas intensos de hipoglicemia, secundária a secreção excessiva e descontrolada de insulina. À medida que a doença progride, as hipoglicemias tendem a se tornar mais frequentes. Relatar o primeiro caso de insulinoma no HRAV, em Rio do Sul/SC, em aproximadamente 30 anos de serviço. Revisão bibliográfica de insulinoma. Busca por literatura e artigos disponíveis em SciELO, PubMed e entrevista aos cirurgiões que atuam no serviço desde os anos 80. Foi diagnosticado o primeiro caso de insulinoma no HRAV sendo explorado e revisado a literatura sobre o caso. A paciente do caso foi submetida à enucleação cirúrgica do tumor, complicou com fístula pancreática em tratamento conservador, sem novos episódios de hipoglicemia. Paciente feminina de 60 anos, com quadro progressivo de confusão mental, diagnosticada com crise convulsiva no modo ausências, RM Encéfalo mostrou áreas de gliose. Submetida a tireoidectomia total por bócio multinodular. Identificado hipoglicemia em amostra capilar durante uma crise de ausência, sem sudorese, que era mais freqüente de manhã em jejum e ao final da tarde. Exames laboratoriais com Peptideo C normal e Pró-Insulina aumentado. TC de Abdome evidenciou cisto hepático no segmento VI de 1,2 cm e demais órgãos sem particularidades. Os episódios de hipoglicemia diminuíram consideravelmente com a medida de alimentação a cada 3 horas, porém voltaram a tornar-se frequentes. Foram realizados novos exames laboratoriais e de imagem. Peptideo C normal e TC de Abdome evidenciou cisto hepático de 1,4 cm e nódulo hipervascularizado no corpo do pâncreas de 1,8 cm (fig 1). RM de Abdome evidenciou uma formação expansiva localizado no corpo, hipervascularizada, sendo aventado a possibilidade de tumor neuroendócrino (fig 2). Foi aventado a possibilidade de insulinoma, sendo submetida a tratamento cirúrgico por laparotomia aberta. Visualizado e palpado nódulo de consistência firme, de superfície irregular, no corpo do pâncreas e procedido a enucleação, anatomopatológico favorece o diagnóstico de insulinoma, na dependência de avaliação imunohistoquímica.

Palavras chave: Insulinoma, Tumor Neuroendócrino do Pâncreas, Hipoglicemia, Hiperinsulinismo

IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIRURGIA GERAL 2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL EM ADULTOS

Claudia Natália de Paiva Lameira, Luiza Ocáriz Acioly, Larissa Sawaris Neto, Ana Carolina Sawaris Neto, Rafael Ghisi, Guilherme Higa da Silva

Santa Casa de Campo Grande

A intussuscepção representa a invaginação de um segmento intestinal sobre outro, é uma causa comum de emergência abdominal infantil, apresenta-se com causa idiopática nesta faixa etária. Nos adultos a intussuscepção é uma rara causa de abdome agudo obstrutivo, em sua maioria é secundária a uma lesão estrutural do trato gastrointestinal. Possui clínica inespecífica dificultando assim seu diagnóstico. Relato de caso. R.G.C.D, feminina, 53 anos, natural de Campo Grande, branca, procurou o Pronto Socorro do Hospital Santa Casa de Campo Grande devido a dor abdominal difusa, intermitente, tipo cólica, de início há uma semana. Associada a parada de eliminação de fezes e flatos há 2 dias. Apresentava náuseas, sem vômito. Paciente previamente hígida, referiu 2 cesarianas prévias e apendicectomia há 10 anos. Ao exame físico, o abdome estava distendido, ruídos hidroaéreos diminuídos, doloroso difusamente a palpação superficial, timpânico a percussão. Sem sinais de peritonite. Realizada Tomografia Computadorizada de abdome que evidenciou intussuscepção do intestino delgado, com possibilidade de formação expansiva como cabeça de invaginação. Foi submetida a laparotomia exploradora (LE) que confirmou invaginação de delgado provocada por nódulo, realizada enterectomia, enteroanastomose e ressecção em cunha de nódulo intestinal. Anatomopatológico revelou neoplasia mesenquimal benigna do tipo pólipó fibroide inflamatório. A paciente evoluiu sem intercorrências, com melhora progressiva. Recebeu alta ao 6º dia de pós-operatório com orientações para acompanhamento. A intussuscepção intestinal representa 5% dos casos de obstrução intestinal em adultos. A apresentação em adultos é comumente crônica e subaguda. A maioria dos pacientes apresenta sintomas inespecíficos de obstrução intestinal, como foi o caso da paciente em questão. Massas abdominais dificilmente são palpáveis. Uma causa patológica bem definida é diagnosticada em 90% dos casos de invaginação intestinal. Quando localizada em delgado apresenta causas benignas em sua maioria, como neoplasias benignas, divertículo de Meckel, aderências e lesões inflamatórias. Neoplasias malignas correspondem a 30% dos casos em delgado. A paciente aqui descrita possuía uma invaginação de intestino delgado, sugerido em exame de imagem e confirmado durante LE, causada por uma neoplasia benigna, seguindo os padrões descritos na literatura.

Palavras chave: Intussuscepção. Obstrução Intestinal. Neoplasias.



TUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL NO ADULTO EM COLON TRANSVERSO: RELATO DE CASO

Yann Oliveira Guimarães, Gabriel de Paula Resende, Guilherme Leonel Gomes da Cunha, Carleno da Silva Costa, Andressa Assunção Pereira, Heitor Luiz Gomes

Universidade Federal de Uberlândia

A intussuscepção intestinal em adultos é responsável por cerca de 1 a 5% de obstrução intestinal nessa população. Aproximadamente 90% dos casos são secundários a lesão orgânica. Os locais mais afetados são: junções dos segmentos livremente móveis com os segmentos retroperitoneais ou fixos por aderências. Pode ser entérica, ileo-cólica, ileocecal e colo-cólica. A colo-cólica exclusiva de cólon transverso é a mais incomum. Na intussuscepção do adulto a malignidade é considerada a etiologia mais provável, com destaque para o adenocarcinoma. Relato de caso de paciente admitida em unidade de emergência no Hospital de Clínicas da UFU, por meio de análise de prontuário: D.M.M., 31 anos, sexo feminino, com quadro de semi-oclusão intestinal há 9 dias, náuseas e vômitos de moderada intensidade, inapetência, perda ponderal de 5Kg em 3 meses, dor, distensão abdominal e melena. Hemodinamicamente estável, mucosas hipocoradas, redução de pânículo adiposo e massa em fossa ilíaca esquerda (FIE) indolor à palpação. Toque retal com fezes amolecidas em baixa quantidade. Radiografia de abdome com distensão moderada de alças de delgado e cólon direito, com ar em reto. Ultrassom de abdome com distensão gasosa de alças e massa em FIE. Tomografia de abdome com pequena quantidade de líquido livre em cavidade abdominal e presença de massa de partes moles com “sinal do alvo” e “sinal do menisco”. Laparotomia exploradora revelando intussuscepção em região média de cólon transverso. Realizada ressecção dessa região, linfadenectomia retroperitoneal e anastomose primária manual colo-colônica. Presença de formação tumoral vegetante volumosa, sem perfuração, com grande quantidade de fezes à montante. Adenocarcinoma moderadamente diferenciado, estadiado em T3N1M0. Encaminhada para o setor de oncologia, onde permanece em seguimento e em uso de quimioterapia adjuvante. Nos casos de intussuscepção colo-cólica no adulto, deve-se optar pela ressecção ampla do segmento com finalidade oncológica em monobloco e com linfadenectomia.

Palavras chave: Intussuscepção; Adenocarcinoma; Quimioterapia; Ressecção; Linfadenectomia.



ISQUEMIA INTESTINAL SEGMENTAR ASSOCIADO A PERFURAÇÃO DE DIVERTÍCULO DE DELGADO: RELATO DE CASO

Anwar Fausto Félix Sabbag, Edmar Neto Toscano De Britto, Gabriela Leopoldino Da Silva, Andrés Mena-cho Abularach, Nazir Elias Chalela Ayub

FAMERP

Ao contrário da doença diverticular do cólon, os divertículos não colônicos são muito mais raros. Há relatos de que ocorram em menos de 1% das autópsias. A diverticulose do intestino delgado é muitas vezes assintomática e pode ser encontrada como achados incidentais em exames de imagem, seja em séries contrastadas do trato digestivo alto ou em tomografia computadorizada (TC), cirurgias e autópsias. Quando se torna sintomática, apresenta-se com quadro de diverticulite aguda, na grande maioria dos casos. A isquemia intestinal associada a divertículo de delgado é rara, mas deve sempre ser lembrada em pacientes idosos com quadro algíco abdominal. Acomete mais frequentemente homens (2 homens : 1 mulher), nas sexta e sétima décadas de vida. Neste relato será descrito um caso de perfuração de divertículo de delgado associado à isquemia intestinal segmentar, ressaltando os aspectos intraoperatórios bem como revisão de prontuário e literatura médica. Paciente A.B.C do sexo feminino, 70 anos de idade, deu entrada no serviço de emergência com dor abdominal difusa de início há três dias, com parada da eliminação de fezes e gases. Ao exame físico estava em estado febril, prostrado, com distensão e dor difusa à palpação abdominal. Hemograma com leucocitose. Familiares referiram ser diabética e tabagista. Foi optado por compensação clínica através de cateter venoso central e infusão de cristalóides e drogas vasoativas, associado a antibioticoterapia de amplo espectro seguido de indicação de abordagem cirúrgica: Laparotomia Exploradora. A paciente foi submetida a intervenção cirúrgica com ressecção do divertículo e alça acometida, evidenciando o diagnóstico de Isquemia intestinal segmentar que evoluiu para perfuração de divertículo de Delgado. Pela raridade e sintomas inespecíficos, a diverticulite aguda jejunal raramente entra nos diagnósticos diferenciais clínicos, em detrimento a outras mais prevalentes. A paciente em referência apresentava quadro clínico e laboratorial compatível com a suspeita de abdome agudo, confirmado durante o procedimento cirúrgico. No inventário da cavidade abdominal verificou-se a existência de doença diverticular de intestino delgado, principalmente em Jejuno, associado à isquemia intestinal de etiologia desconhecida e área de perfuração intestinal, evento relativamente raro.

Palavras chave: Abdome Agudo Perfurativo, Laparotomia Exploradora, Isquemia Intestinal, Divertículo de Delgado

IV CONGRESSO INTERNACIONAL
DE CIRURGIA GERAL

2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC



CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP

LESAO AORTICA EM PACIENTE VITIMA DE POLITRAUMA CONTUSO

Victor Antônio Peres Alves Ferreira Avezum, Erisvaldo Ferreira Cavalcante-Júnior, Gustavo Guilherme Falavigna, Vinicius Rodrigues Bulla Vasconcellos, Carlos Dario da Silva Costa, Paulo César Espada

FAMERP

Mulher, 62 anos, vítima de trauma carro x carro, com alta cinética e óbitos no local. Paciente estável no pré-hospitalar sendo realizado analgesia e administrado 1500 ml de soro fisiológico. Foi atendida na emergência do Hospital de Base – São José do Rio preto – SP, trazida pelo SAMU. Na avaliação primária, não apresentava alterações. Na avaliação secundária, apresentava sinal do sintoma de segurança, dor e edema em braço esquerdo, dor a palpação de braço direito, escoriações em membro inferior esquerdo, dor a palpação abdominal. Realizado tomografia: lesão de aorta tamponada com borramento mediastinal, fratura do 4º arco costal à esquerda, pequena contusão pulmonar a esquerda e pneumotórax oculto a esquerda. Radiografias de membros: fraturas de úmero esquerdo e direito. Paciente permaneceu estável. Realizado imobilização de membros superiores. Mantido paciente em UTI com controle pressórico e da frequência cardíaca. Realizado passagem de endoprótese de aorta com sucesso, recebendo alta. Revisão de prontuário. Relato de caso baseado em dados de prontuário e exames de imagem de paciente vítima de politrauma contuso com lesão de aorta tratado com prótese endovascular com sucesso. As lesões de aorta geralmente estão associadas a altas energias, com incidência em torno de 1,5 – 2% nos traumas torácicos contusos (1,2). Associam-se, com acentuadas taxas de mortalidade, lesões de outros sítios e decorrem principalmente de acidentes automobilísticos (2,3). Clinicamente, não há sinais ou sintomas específicos, podendo ser assintomático ou apresentar dor torácica, dispnéia ou disfagia. O diagnóstico deve ser suscitado pela cinética do evento e radiografia de tórax com alargamento do mediastino e ser confirmado por meio de angiotomografia de tórax (2). O tratamento é realizado por meio de reparo endovascular precoce (< 24 horas), no entanto, quando há presença de lesões significativas concomitantes, pode ser tardio. (4,5)

Palavras chave: Politrauma, Lesão de Aorta, Tratamento Endovascular

IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIRURGIA GERAL 2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



LESAO VEGETANTE EM CORDA VOCAL

MARCUS ODILON ANDRADE BALDIM, LARA VARINI SOARES, LISANDRA AYUSSO, THAMIRIS VILAS BOAS NEVES, LUIZ HENRIQUE TORRES COTA, LUCIANA NORONHA SILVA

UNIFENAS

O câncer de laringe tem maior incidência nos homens, principalmente entre os cinquenta e sessenta anos. Seus principais fatores de risco são o tabagismo e o etilismo. As lesões que ocorrem na laringe geram grande impacto na vida social e funcional do paciente, pois têm como principais sintomas a rouquidão, disfonia, disfagia e dispneia. O local de maior acometimento é a região glótica, a qual inclui as pregas vocais. O câncer de laringe é o mais prevalente dos tumores malignos de cabeça e pescoço. O exame físico direcionado é o passo inicial para o diagnóstico de tal doença. Entretanto, para melhor visualização e avaliação do tumor, podem ser utilizados alguns exames complementares, como a Laringoscopia e suas complementariedades. Conhecer a localização e o estadiamento da lesão, além da drenagem linfática da área acometida é de suma importância para a escolha da melhor terapêutica. O objetivo é expor um caso de neoplasia laríngea de surgimento em prega vocal esquerda, região de maior acometimento deste câncer. J.G, sexo masculino, submetido à cirurgia para ressecção de lesão vegetante em prega vocal. Na laringoscopia direta, visualizou-se uma lesão ulcerada em prega vocal esquerda e realizou-se biopsia incisional com aspiração de secreção traqueal. O desenvolvimento de um tumor maligno envolve interações complexas entre fatores de risco endógenos e exógenos. Existe um acúmulo sequencial de fatores irritativos crônicos e fatores genéticos em uma ordem preferencial, na qual genes supressores tumorais e oncogenes específicos tomam parte. As cordas vocais verdadeiras são livres de linfáticos, por isso, o câncer confinado à corda vocal raramente ou nunca apresenta acometimento de linfonodos. O objetivo primordial da ressecção cirúrgica é a remoção do tumor sem a presença de margens comprometidas. Segundo dados do DATASUS, tem aumentado o número de internações hospitalares em decorrência do câncer de laringe. A assistência hospitalar a esses pacientes contempla estratégias como procedimentos cirúrgicos e intervenção fonoaudiológica. O procedimento médico mais utilizado é a laringectomia parcial. Faz-se necessário estratégias educativas, como apoio ao fim do tabagismo e etilismo, o que pode contribuir para diagnósticos precoces e tratamento da doença.

Palavras chave: Lesão Vegetante Corda Vocal Câncer Laringe

IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIRURGIA GERAL 2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



LOCALIZAÇÃO RARA DE TUMOR ESTROMAL

Maria Fernanda Martinelli Trabulsi, Edson Garcia Fontes, Eduardo Sônego Toledo, Aparecido Pereira Neto, Filinto Gonçalves Aguiar, Carlos Augusto Bergamo Palchetti

Santa Casa de Misericórdia de São José do Rio Preto

O tumor do estroma gastrointestinal (GIST) é um tumor mesenquimal raro, porém o mais comum do aparelho digestivo. A apresentação clínica deste tipo de tumor depende da sua localização, que pode ser do esôfago ao ânus, sendo mais comum no estômago (60%). No Brasil, o Ministério da Saúde estima que existam 1800 novos casos de GIST a cada ano. Porém, a incidência real dessa afecção ainda é desconhecida. Análise de prontuário. L.C.B., 16 anos, negro, natural e procedente de São José do Rio Preto, submetido a procedimento cirúrgico há 2 anos (apendicectomia). Não retornou para acompanhamento de pós-operatório. Atendido no ambulatório de cirurgia geral da Santa Casa de Rio Preto com queixa de dor e distensão abdominal com início há 6 meses, tipo cólica, de moderada a forte intensidade (7/10), localizada em região mesogástrica, sem irradiação, associado a diarreia intermitente, urgência miccional, hiporexia e perda de peso de aproximadamente 10 kg desde o início dos sintomas. Ao exame físico, apresentava-se em bom estado geral, normocorado, hidratado, eupneico, eucárdico, abdome plano com presença de massa endurecida em mesogástrio, móvel, indolor, com superfície irregular e limites mal definidos. Trouxe resultado de USG recente que revelou presença de massa grosseiramente ovalada, heterogênea, medindo 8,6 x 9,8 x 7,5 cm em região infra-umbilical. Solicitado, posteriormente, tomografia de abdome total na qual foi possível observar massa lobulada com captação heterogênea do meio de contraste, medindo 18,4 x 10,2 x 9,0 cm, ocupando a cavidade pélvica e o mesogastro. Indicado tratamento cirúrgico, realizado dentro de poucas semanas. O intra-operatório revelou lesão cística sólida, heterogênea, volumosa, sem aderências ou contiguidade com vísceras e parede abdominal, havendo apenas bloqueio omental. O anatomo-patológico evidenciou TUMOR ESTROMAL GRAU 2. Paciente apresentou boa evolução no pós-operatório sendo encaminhado a oncologia para avaliação e acompanhamento. O GIST ocorre, predominantemente, entre a 5ª e a 7ª década de vida, com média de idade no diagnóstico de 60 anos, e com igual distribuição entre os sexos. O relato de caso acima demonstra uma apresentação completamente atípica da doença, pois acomete indivíduo muito jovem e com localização muito rara (omento), com poucos casos descritos na literatura

Palavras chave: Tumor Estromal; Omento; Apresentação Atípica



MACROLIGADURA ALTA NA DOENÇA HEMORROIDÁRIA INTERNA – RESULTADOS

Regina Greilberger, Andressa M Garisto, Antonio' José Tiburcio Alves Jr, Odorino H Kagohara, José Alfredo Reis Jr, José Alfredo Reis Neto

Clínica Reis Neto

A doença hemorroidária interna é uma patologia altamente incidente na população. A macroligadura alta é um procedimento minimamente invasivo que proporciona menos complicações no pós-operatório e alto índice de satisfação dos pacientes. Análise de pacientes com doença hemorroidária interna, sem componente externo, sem distinguir faixa etária ou gênero, submetidos a macroligadura elástica alta, com seguimento pós-operatório de 24 meses. Foram tratados na Clínica Reis Neto, em caráter ambulatorial, 2108 pacientes com doença hemorroidária graus II e III, preferencialmente abordando todas as áreas em uma única sessão. Na técnica é adotada a posição de Sims, sob anestesia local com 0,5 ml de lidocaína na camada submucosa e sedação. Após passagem de anuscópio largo e longo, realizada macroligadura com aspiração da mucosa retal do mamilo interno acometido, aproximadamente 3 ou 4 cm acima da linha pectínea. Utilizado um aparelho aplicador de anéis de borracha por aspiração, confeccionado especialmente para esse tipo de procedimento. Durante dois anos de seguimento, pode-se observar baixo índice de recidiva, principalmente naqueles pacientes que trataram todos os mamilos hemorroidários internos. Aqueles com recorrência foram reabordados com uma nova sessão de macroligadura. Como complicações no pós-operatório: sangramento (3,8%), dor com necessidade de medicação endovenosa (2,1%), edema perianal (1,7%), tenesmo (1,3%) e retenção urinária (0,1%). Apenas um paciente necessitou de reabordagem cirúrgica por sangramento. A macroligadura elástica alta exclusiva para pacientes com doença hemorroidária interna mostrou-se ser eficiente e diminuir as queixas no pós-operatório quando comparada a outras técnicas cirúrgicas.

Palavras chave: Doença Hemorroidária; Macroligadura.

IV CONGRESSO INTERNACIONAL
DE CIRURGIA GERAL

2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



MALFORMAÇÃO ADENOMATOIDE CISTICA CONGENITA (MAAC): UM RELATO DE CASO

Gustavo Alves Araujo Ferreira, Thamara De Oliveira Vasconcelos, Lara De Paula Souza, Fernanda Maria Afonso Ferreira Madeira, Jessica Barbosa Oliveira

hospital regional de ceilândia

A MAAC é uma anomalia pulmonar caracterizada pelo crescimento excessivo dos bronquíolos terminais. E apesar de rara, pode se manifestar com insuficiência respiratória neonatal.² A maior sobrevida após ressecção da lesão e a alta probabilidade de se alcançar até 90% do volume pulmonar normal, quando a excisão é realizada no período neonatal, reitera a importância de tratamento cirúrgico precoce. Relato de um caso clínico comparando as descrições bibliográficas similares. Recém-nascido (RN) termo, masculino, evoluiu com desconforto respiratório importante com tiragem intercostal, infradiafragmática, batimento de asa de nariz, gemência e taquidispnea. A radiografia de tórax inicial evidenciava importante pneumotórax (PTX) a direita. Tentado tratamento com drenagem torácica, porém foi observado refratariedade a este tratamento. Solicitado então tomografia de tórax que evidenciou imagem sugestiva de MAAC. Foi então submetido à cirurgia de emergência no 3º dia de vida. Neste procedimento foi realizado a bullectomia com percepção de diversas fístulas broncopleurais em base pulmonar, sendo colocado pedaços de surgy cell no local com importante redução da fuga aérea. Foi instalado um dreno torácico em selo d'água ipsilateral antes de finalizar a cirurgia. No primeiro dia de pós-operatório (DPO), o neonato evoluiu de maneira satisfatória, com estabilização ventilatória e resolução do quadro hemodinâmico. O DT foi retirado no quinto DPO. Permaneceu sob ventilação mecânica por 6 dias e foi extubado sem intercorrências. A condução deste caso ínsita a curiosidade, pois a presença de pneumotórax em RN não é frequente, o que dificulta o diagnóstico, suspeito após tomografia de tórax, melhor instrumento diagnóstico frente a MAAC³, e confirmado no intra-operatório. O mais inovador, se assim podemos dizer, foi o tratamento instituído. A simples bullectomia não é resolutive em boa parte dos casos necessitando de um método para fechamento das fístulas broncopleurais. No caso citado o material utilizado não é próprio para isso, porém era o único dispositivo presente no momento capaz de fazer o fechamento precoce e tardio, mediante desenvolvimento de fibrose. Esta dificuldade de material se dá muito em conta da localidade, já que o RN encontrava-se em um serviço de médio porte. A abordagem cirúrgica deve visar reduzir a MAAC da forma menos agressiva, como o caso descrito.

Palavras chave: MAAC, Bullectomia, Surgy Cell, Cirurgia Torácica



MANEJO DA NEURODEGENERAÇÃO CAUSADA PELO ACUMULO DE FERRO NO SISTEMA NERVOSO CENTRAL

João Vitor Mortari Lisboa

Universidade de Araraquara

O acúmulo de ferro no Sistema Nervoso Central leva a uma doença neurodegenerativa, Neurodegeneração com acúmulo de ferro no cérebro (NBIA), recentemente descoberta, ainda apresenta escasso acervo bibliográfico sobre seu manejo terapêutico e evolução clínica. Tal enfermidade cursa com acúmulo de ferro nos gânglios basais resultando em progressiva distonia, espasticidade, parkinsonismo, alterações neuropsiquiátricas, e atrofia óptica ou degeneração da retina. São reconhecidos dez tipos, sendo reconhecidas as bases genéticas. Na presente revisão será discutida a fisiopatologia, critérios diagnósticos, cuidado terapêutico, e prognóstico da doença. Foram avaliados 17 artigos e textos literários, extraídos de bases de dados como PubMed e ScienceDirect, analisados sistematicamente, ressaltando a relação do potencial agressor do ferro aos gânglios da base. O acometimento dos núcleos basais leva a alterações sistema motor, proporcionando espasticidade e distonia progressiva, podendo em alguns subtipos haver comprometimento cognitivo, e em outros podendo levar a atrofia cerebelar. A pesquisa diagnóstica se dá quando há quantidade excedente de ferro nos exames de ressonância magnética, assim associando ao quadro clínico é possível sugerir NBIA, mas o diagnóstico definitivo é feito somente com a positividade de exames genético-moleculares. O manejo terapêutico é sintomático, sendo a distonia e a espasticidade tratadas principalmente com anticolinérgicos, benzodiazepínicos, e outros agentes anti-espáticos. Injeções de toxina botulínica também podem promover melhora da distonia e da espasticidade. Outra alternativa é a estimulação cerebral profunda, promissora técnica, mas há pouca quantidade de resultados conclusivos, e escassa literatura científica. O acompanhamento multidisciplinar é fundamental para um bom prognóstico. O conhecimento da fisiopatologia e dos critérios diagnósticos se mostram indispensáveis na prática médica, a fim de reduzir o subdiagnóstico, e de possibilitar medidas terapêuticas efetivas em tempo hábil para a redução do sofrimento e avanço da enfermidade nos pacientes.

Palavras chave: Neurodegeneração. Neuroferritinemia.



MASTECTOMIA ONCOLOGICA COM MASTECTOMIA CONTRALATERAL ESTETICA EM PACIENTE TRANSGENERO

José Maurício Caldeira Filho, Aline Patricia Soares Dias De Souza, Guilherme do Oliveira Cucolicchio
Santa Casa de Misericórdia de São José do Rio Preto

O câncer de mama é o tipo de câncer mais comum entre as mulheres no mundo e no Brasil, depois do de pele não melanoma de acordo com o INCA. A realização de reconstrução mamária é parte fundamental no seguimento de pacientes mastectomizadas. O câncer de mama em pacientes transgêneros raramente é relatado, e em sua maioria está diretamente relacionado com o uso de hormônios podendo ocorrer também na ausência do tratamento hormonal. Análise de prontuário. Relato de caso. Paciente D.G. 33 anos, sexo feminino, transgênero para masculino, procurou consultório de cirurgia oncológica encaminhada por sua ginecologista devido nódulo mamário à direita, notado em consulta de rotina. Paciente negava sintomas, uso de medicamentos ou terapia hormonal, assim como história de câncer na família. Ao exame físico da mama, palpava-se nódulo em quadrante superior lateral, de aproximadamente 4 cm, indolor, sem descarga papilar e axilas livres. Realizou ultrassom evidenciando nódulo mamário a direita BIRADS 4. Solicitado core biopsy que diagnosticou carcinoma ductal invasivo. A paciente foi orientada sobre necessidade de mastectomia e possibilidade de reconstrução mamária, porém a mesma negou-se a realizar reconstrução e solicitou a equipe médica a realização de mastectomia contralateral. Quatro meses após a primeira consulta a paciente foi submetida a mastectomia radical e linfadenectomia à direita mais mastectomia a esquerda. A paciente recebeu alta no segundo dia de pós operatório e segue em acompanhamento clínico. A reconstrução mamaria é vista como parte fundamental no tratamento de mulheres mastectomizadas, sendo um dos pilares na reabilitação física e psicológica dessas pacientes. No caso dos pacientes transgêneros a realização de mastectomia contralateral pode ter o mesmo fundamento e importância na aceitação do diagnóstico, tratamento e formação da nova auto-imagem após realização do procedimento, sendo necessário sempre avaliar o desejo e as expectativas das pacientes frente ao seu tratamento para que exista uma melhor decisão terapêutica, sem ferir preceitos oncológicos, de forma a trazer uma melhor qualidade de vida ao paciente pós intervenção cirúrgica.

Palavras chave: Transgenero, Cancer de Mama, Carcinoma Ductal,

IV CONGRESSO INTERNACIONAL
DE CIRURGIA GERAL

2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



MEDIASTINITE NECROTIZANTE DESCENDENTE COMO COMPLICAÇÃO DE TRAUMA CERVICAL – UM ESTUDO DE CASO

Sayra Rayane Titoto Labre, Norrara Amanda Teles Martins, Fernanda Melo Prata Mendonça, Thaís Nunes Vargas, Fabiano Alves Squeff, Márcio Matias Oliveira

Centro Universitário Unievangélica

A mediastinite necrotizante descendente é uma infecção aguda polimicrobiana do mediastino, com mortalidade de 25-40%. Ocorre com mais frequência como complicações de abscessos dentários (Angina de Ludwig), de abscessos amigdalianos ou na perfuração esofágica cervical. A Tomografia computadorizada com contraste de pescoço e tórax é o exame padrão ouro para o diagnóstico de mediastinite e o tratamento é cirúrgico, sendo a drenagem e o desbridamento essenciais para a evolução satisfatória. Realizou-se a revisão de prontuário médico, o acompanhamento do ato cirúrgico e da evolução do paciente no pré e pós operatório, em Hospital de Urgências de Anápolis e concomitante pesquisa bibliográfica. Paciente VAS, masculino, 28 anos, admitido no Hospital de Urgências de Anápolis com relato de agressão física com arma branca há sete dias. Encontrava-se em regular estado geral, desidratado, descorado, sudoreico, febril (38,7°C) e taquicárdico (FC110bpm). Ao exame: celulite cervical, com envolvimento de toda a face anterior e cicatriz de ferida corto-contusa (2,0cm) na região paratraqueal direita com saída de secreção purulenta. Exames laboratoriais revelaram leucocitose (14600mm³) e a tomografia de pescoço e de tórax demonstraram volumoso abscesso cervical, com gás no interior, com progressão para região mediastinal anterior e posterior, pneumomediastino, espessamento de gordura adjacente e pequeno derrame pleural bilateral. A endoscopia digestiva alta, demonstrou edema de esôfago cervical com compressão extrínseca. Paciente foi submetido ao tratamento cirúrgico: cervicotomia bilateral com drenagem de grande quantidade de secreção purulenta fétida e com desbridamento de fasceíte necrotizante, bitoracotomia transesternal (Clamshell) com drenagem de grande quantidade de pus no mediastino anterior e posterior direito, que se comunicava com a cavidade pleural esquerda e gastrostomia devido intenso edema esofágico. Paciente evoluiu satisfatoriamente, recebendo alta hospitalar no 24º dia pós operatório. A mediastinite necrotizante descendente é uma doença rara, aguda e possui alta mortalidade. O atraso no diagnóstico e as complicações em decorrência da disseminação, associado à insuficiência respiratória, são fatores essenciais para a evolução catastrófica para choque. Portanto, o diagnóstico precoce e o manejo cirúrgico agressivo podem melhorar os índices de cura da mediastinite.



MELANOMA ACRAL E METASTASE INGUINO-FEMORAL. RELATO DE CASO

Cláudio Franco do Amaral Kfoury, Maria Clara Ferreira Nonato Romania, Guilherme Paulo Carvalho de Amorim, Cleibe Nicácio da Silva, Claudinei da Silva

UNIARA, HCFM

O melanoma é um tumor de pele e mucosas, cuja incidência vem aumentando e representa cerca de 3% das neoplasias malignas da pele, extremamente metastático e potencialmente fatal. Quando diagnosticado precocemente há grande melhora no prognóstico, inclusive devido à baixa incidência de disseminação, entretanto, a localização de algumas lesões nas plantas dos pés (melanomas acrais) são de difícil detecção, visto que sua aparência inicial é diferente das manifestações cutâneas tradicionais, fato que torna o diagnóstico tardio. Dentre os fatores prognósticos são descritos os índices de Breslow e Clark, bem como mutação do gene BRAFF, trauma mecânico da região plantar e diabetes mellitus. Descrição do relato de caso baseado na história clínica e revisão da literatura baseada em bancos de dados como PubMed, Scielo, BIREME e Google Scholar. Paciente do sexo feminino, 80 anos, negra, procurou o ambulatório de Oncologia na cidade de Matão/SP para investigar uma lesão na pele do calcanhar que surgiu há três meses. A avaliação da lesão seguindo o critério ABCDE detectou uma lesão potencialmente maligna com características de melanoma. Encaminhada à cirurgia no Hospital Carlos Fernando Malzoni, a lesão foi completamente retirada, bem como o linfonodo sentinela inguinal que foram enviados para o estudo anatomopatológico. A lesão principal foi caracterizada como melanoma acral com bordas livres e sem invasão angiolinfática. O linfonodo sentinela após reação em cadeia da polimerase (PCR) mostrou ausência de células melanocíticas metastáticas. Após sete meses a paciente retorna ao mesmo hospital com edema de membro inferior ipsilateral à primeira lesão. Realizada biópsia que revelou metástase inguinal de melanoma. Para solucionar o caso, realizou-se linfadenectomia inguino-femoral. Paciente permanece bem após 1 ano dessa cirurgia. O melanoma acral é o mais raro dentre os melanomas e difere dos demais, uma vez que surge independentemente da cor da pele ou da exposição ao sol por motivos não elucidados. O tratamento ideal é a excisão total da lesão e em casos avançados a pesquisa de linfonodo sentinela está indicada. Os índices de Breslow e Clark, bem como o local da lesão estadiam a doença e indicam o prognóstico. Sendo assim, vale ressaltar a importância no diagnóstico precoce e o seguimento especial ao paciente portador desse tipo de afecção.

Palavras chave: Melanoma; Metástase Linfática; Reação em Cadeia da Polimerase.



MESOTELIOMA PARATESTICULAR MALIGNO: RELATO DE CASO

Renan Cabral Cognette, Lucas Sant'Anna Beage, Bárbara Sgavioli Massucato, Bruna Alvernaz de Faria, Wesley Justino Magnabosco

Faculdade de Ciências da Saúde de Barretos

Mesoteliomas são tumores oriundos das células mesoteliais. Destes, os tumores paratesticulares são aqueles que se localizam na região inguino-escrotal e que são independentes do testículo. São mais frequentemente de comportamento benigno. Somente 15% dos tumores das serosas testiculares são malignos, sendo o mesotelioma maligno da túnica vaginal um tumor extremamente raro. Para a realização do relato de caso, foi feita revisão retrospectiva das informações do prontuário médico. J.C.G., masculino, 61 anos, com história de hidrocele à esquerda. Submetido a cirurgia para correção da mesma, na qual foi visualizada tumoração testicular, realizando-se orquiectomia radical escrotal, em outro serviço (agosto/2013). O anatomopatológico revelou mesotelioma maligno de origem provável em túnica vaginal, com testículo e epidídimos livres de neoplasia. Evoluiu com adenomegalia inguinal à esquerda (recidiva linfonodal) ressecada em janeiro/2015 em outro serviço, que mostrou neoplasia pouco diferenciada. Foi admitido no Hospital do Câncer de Barretos em 12 de março de 2015. Solicitada revisão de lâminas, que confirmou mesotelioma maligno paratesticular. Exames de estadiamento evidenciaram trombose de veias jugular interna e subclávia à esquerda e femoral comum esquerda e linfonodomegalia retroperitoneal e pélvicas. Iniciou-se anticoagulação e quimioterapia com cisplatina associada com Alimta até setembro de 2015. Após, os exames de reestadiamento detectaram redução parcial da linfonodomegalia retroperitoneal e ilíacas bilaterais. Optou-se então por realizar a linfadenectomia retroperitoneal, feita em dezembro de 2015, com ressecção completa das lesões, evidenciando-se mesotelioma maligno metastático. Devido à evidência de doença ativa, foi proposta reexposição a quimioterapia com cisplatina associado à pemetrexede, até julho de 2016. Avaliação pós-quimioterapia, evidenciou progressão indolente da doença, mesmo após reexposição à quimioterapia em fevereiro de 2017. Iniciada então quimioterapia de 2ª linha (carboplatina + gencitabina). Segue em acompanhamento com doença estável. O mesotelioma maligno de túnica vaginal é uma patologia agressiva e muito rara. A apresentação das experiências dos serviços é importante para auxiliar na condução dessa patologia devido à raridade dessa patologia.



METASTASE PARA PAREDE ABDOMINAL SECUNDARIA A NEOPLASIA COLORRE-TAL - RELATO DE CASO.

Júlio César Magri, Diogo Campos Tamiozo, Lucas Pensin, Flávia Cristina Novaes

Unuversidade Federal De Santa Catarina

O Câncer colorretal é uma das neoplasias mais comuns, totalizando 34380 casos no Brasil em 2016. Segundo Cook et al, perto de 20% dos casos apresentam metástases ao diagnóstico, principalmente para fígado e pulmões. Além desses, outros sítios incomuns de metástases estão descritos. Trabalho com objetivo de relatar metástase incomum da Neoplasia de cólon em paciente do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. AGM, 33ª, casada, do lar, procedente de Florianópolis SC. Deu entrada no PA do HU 28/12/16 com dor abdominal, parada da eliminação de gases e fezes há 4 dias e vômitos. Exame físico com distensão abdominal e timpanismo difuso. Raio X com distensão de cólon e delgado. Rotina Laboratorial mostrando leucocitose de 15810 sem desvio. Tomografia 29/12/17 : Espessamento da parede na transição retossigmóide, nódulo 7x6 em região anexial direita em contato com útero. Laparotomia 30/12 : Espessamento da camada musculoaponeurótica da parede abdominal. Lesão em sigmóide, invadindo peritônio, sem contato com lesão da parede abdominal. Lesão em ovário direito. Realizado biópsia da lesão da aponeurose, retossigmoidectomia com colorreto anastomose mecânica laterolateral e histerosalpingooforectomia bilateral. Patologia : Adenocarcinoma Intestinal Invasivo Moderadamente diferenciado, com metástase em 4/28 linfonodos e metástase no ovário direito. Lesão de parede abdominal: infiltração por adenocarcinoma de padrão intestinal em tecido fibroadiposo e muscular esquelético. Estadiamento patológico (AJCC 7ª ed-TNM 2010): pT4b pN2a pM1a. Imunohistoquímica realizada no ovário direito: CDX2, MUC2, CK20 positivos, corroborando metástase da lesão de cólon para ovário. Entre 1990 e 2012, apenas 8 casos de metástase de neoplasia colorretal para músculo esquelético foram publicados, com predominância de 50% das lesões no músculo reto do abdome. Outras causas de massas na região incluem os sarcomas e lesões benignas. A literatura mostra ainda números também incomuns das metástases para a parede abdominal com aparecimento no pós operatório da ressecção da lesão primária, com incidência perto de 0.5% segundo Jonathan et al . Metástases para parede abdominal são raras, porém, lesões na região associadas ao Câncer Colorretal ou com surgimento no pós operatório devem ser investigadas para o diagnóstico diferencial.

Palavras chave: Metástase Colorretal



MIOSITE OSSIFICANTE PROGRESSIVA FACIAL: RELATO DE CASO

Marcus Vinícius Almeida Braga, Anderson José Gonçalves, Marco Aurélio Oliveira Marinho, Eurípedes Oliveira Marinho

Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Miosite ossificante progressiva (MOP) é doença rara, de herança autossômica dominante, na qual há ossificação ectópica progressiva e malformação esquelética. O paciente apresenta edemas, devidos a processos inflamatórios, que vão se calcificando, podendo haver perda de mobilidade da área, sendo a nuca mais frequentemente afetada. É causada por uma mutação em uma das cópias do gene que codifica o receptor I da proteína morfogenética óssea, denominado ACVR1. Ambos os sexos são igualmente afetados, sendo calculada uma prevalência global de aproximadamente um caso a cada 2 milhões de indivíduo. Foi realizada análise do prontuário da paciente, além da coleta de depoimento da equipe médica responsável. J. K. R. S., 13 anos, sexo feminino, encaminhada à equipe de Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Universidade Federal do Triângulo Mineiro sob diagnóstico de neuroma com ausência de células suspeitas de malignidade. Há 4 meses notou aparecimento de inchaço na região malar esquerda, segundo ultrassonografia prévia ao atendimento, este havia dimensões de 28 X 24 X 19 mm. Negou trauma na região, emagrecimento e estado febril. Levantou-se suspeita de neurofibroma, foi indicada a realização de biópsia incisional. Procedimento realizado em bloco cirúrgico sem intercorrências, com uso de anestesia geral, incisão com cerca de +/- 2 cm em planos, sobre topografia da massa. O material foi encaminhado para análise anatomopatológica, cujo resultado indicou proliferação de células fusiformes contendo trabéculas ósseas, cartilagem e osteoide de permeio, compatível com MOP. Foi solicitada revisão da lâmina, sendo comprovada a moléstia. Passados 5 meses, a paciente voltou ao ambulatório com nova tomografia computadorizada que mostrou aumento em 6 mm da lesão, novamente negou dor. Marcou-se cirurgia para excisão da massa, sendo posteriormente cancelada. Após algum tempo paciente retornou negando quaisquer alterações na lesão, que mantém-se indolor e segue sendo acompanhada pela equipe médica. Os portadores da MOP podem ser descritos por formarem dois esqueletos: um deles no lugar normal, que se desenvolve durante a formação embrionária; e outro em local anormal, que se desenvolve após o nascimento. O diagnóstico correto e precoce da MOP é essencial para proporcionar um manejo apropriado, pois o trauma proveniente de alguns procedimentos desencadeia ou acelera o processo inflamatório.

Palavras chave: Miosite Ossificante; Ossificação Heterotópica; Fibrodisplasia.



MIOSITE PROLIFERATIVA SIMULANDO NEOPLASIA MALIGNA DE MEMBRO INFERIOR

José Maurício Caldeira Filho, Layla Coimbra Dória Solha, Sérgio Carvalho, Vitor Boutros Carvalho, Murilo Assis e Silva

Santa Casa de Misericórdia de São José do Rio Preto

Miosite caracteriza-se por uma inflamação nos músculos que também pode estar associada a inflamações em outros órgãos como pele, pulmões, coração, intestino, e articulações. As miopatias inflamatórias são um grupo de doenças autoimunes. Os sintomas músculo-esqueléticos mais frequentes são dor localizada nas panturrilhas, deambulação limitada, alterações na marcha e fraqueza muscular nos membros inferiores. Laboratorialmente pode-se observar elevação importante das enzimas CPK, DHL e AST, e tendência a leucopenia. Análise de prontuário. Relato de caso. Paciente sexo masculino, 47 anos, apresentou nódulo doloroso e palpável em panturrilha esquerda associado a dor a deambulação há 15 dias. Procurou serviço de urgência realizando USG doppler sem sinal de trombose venosa, exames laboratoriais e RX tórax sem alterações. Foi orientado a buscar serviço de cirurgia para melhor investigação do quadro. Realizou ressonância magnética de membro inferior esquerdo evidenciando nódulo vascularizado de permeio as fibras do ventre muscular do gastrocnêmio lateral, junto a aponeurose superficial, inespecífico sob o ponto de vista da imagem, associado a sinais de edema/processo inflamatório em tecidos moles circunjacentes. Procurou serviço de cirurgia oncológica o qual indicou ressecção cirúrgica da lesão devido exames de imagens inespecíficos, prevalência do quadro clínico de dor e desconforto local e hipótese diagnóstica de lesão pseudosarcomatosa. Paciente foi submetido a procedimento cirúrgico 15 dias após procurar auxílio médico sendo realizado ressecção do músculo gastrocnêmio esquerdo lateral. Anatomopatológico: Lesão nodular mal delimitada, composta por tecido castanho-claro e firme, com pontilhado enegrecido fino de permeio. Medindo cerca de 2,1 x 1,3 cm. Diagnóstico morfológico: Miosite proliferativa com margens cirúrgicas livres. Paciente evolui estável, assintomático, sem disfunções motoras com resolução do quadro. Devido grande número de sinais e sintomas, e diferentes apresentações clínicas em sua maioria inespecíficas, a miosite é uma patologia que desafia a equipe cirúrgica no diagnóstico diferencial de pacientes portadores da mesma. O objetivo deste relato foi evidenciar a miosite como achado de anatomopatológico simulando lesão neoplásica de aspecto maligno, cursando com inespecificidade de exames complementares e clínicos.

Palavras chave: Miosite; Miosite Proliferativa.



ORTALIDADE CIRURGICA NO BRASIL: UMA ANALISE EPIDEMIOLOGICA

Rogério Matheus de Moraes Júnior, Jocely Matheus de Moraes Neto, Bruno Matheus de Moraes, Amanda Rodenas, Eduardo Oliva Campos

UNIOESTE

Os procedimentos cirúrgicos são descritos desde o período pré-histórico, com a realização das trepanações, e representaram um avanço significativo da medicina, entretanto, apesar de inúmeros benefícios, é necessário avaliar os riscos e seguir os protocolos cirúrgicos para diminuir a mortalidade dos pacientes que se submetem a uma cirurgia. O atual estudo objetiva avaliar a mortalidade cirúrgica no Brasil, identificando quais os procedimentos e estados com as taxas mais elevadas. Foi realizado um estudo ecológico através da análise dos dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), contidos no Departamento de Informática do SUS (DATASUS), avaliando-se os procedimentos cirúrgicos realizados entre 2008 a 2016 no Brasil. No período entre 2008 a 2016, foram registrados 37.567.110 procedimentos cirúrgicos no SIH/SUS, apresentando uma taxa de mortalidade cirúrgica de 1,63%. Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo foram os estados com a mortalidade mais elevada, com 2,23%, 1,99%, 1,98% e 1,80%, respectivamente. Os únicos com mortalidade cirúrgica inferior a 1% foram o Pará, com 0,99%, Alagoas, com 0,98%, e Rondônia, com 0,95%. Excluindo-se os procedimentos cirúrgicos de tratamento com cirurgias múltiplas, o procedimento cirúrgico de caráter eletivo com maior número de óbitos no Brasil foi a laparotomia exploradora, com 6,08% dos casos, seguida da traqueostomia, com 4,89%, da revascularização miocárdica, com 3,79% e do implante de prótese valvar, com 3,11%. Já a traqueostomia foi a que apresentou o maior número de óbitos em caráter de urgência, com 8,23% do total, seguida da laparotomia exploradora e da toracostomia com drenagem pleural fechada, com 7,29% e 6,89%, respectivamente. Em relação à taxa de mortalidade, a correção de hipoplasia de ventrículo esquerdo ocupou a primeira posição, com uma taxa de 61,02%, seguida da troca de aorta descendente, com 39,44%, do aneurismectomia toracoabdominal, com 37,39% e da correção de interrupção do arco aórtico, com 36,13%. Conclui-se que a mortalidade cirúrgica, apesar do constante avanço da medicina, ainda apresenta valores expressivos, tanto na urgência, quanto no caráter eletivo. Observou-se também que a cardiologia apresenta os procedimentos com maior risco operatório e que a mortalidade cirúrgica não é diretamente proporcional ao nível socioeconômico do estado em que a cirurgia foi realizada.

Palavras chave: Mortalidade; Epidemiologia; Cirurgia Geral.



NEFRECTOMIA EM PACIENTE PEDIÁTRICO COM HIDRONEFROSE GIGANTE A DIREITA – UM ESTUDO DE CASO

Fernanda Melo Prata Mendonça, Norrara Amanda Teles Martins, Marina Nahas Dafico Bernardes, Sayra Rayane Titoto Labre, Thaís Nunes Vargas, Olegário Indemburgo Silva Rocha Vidal

Centro Universitário UniEvangélica

A estenose da junção ureteropélvica (JUP) é uma anomalia congênita, caracterizada pelo estreitamento ureteral próximo à pelve renal. Possui uma incidência de aproximadamente 1:5.000 nascidos vivos, mais comum no sexo masculino e do lado esquerdo. Seu diagnóstico é comumente realizado no período pré-natal, com o achado da hidronefrose nos exames de rotina e deve ser abordada logo após o nascimento, a fim de se evitar a perda progressiva da função renal. Realizou-se pesquisa bibliográfica concomitante à revisão de prontuário médico e acompanhamento do ato cirúrgico e da evolução do paciente no pré e pós operatório, em um Hospital Filantrópico de Anápolis. Paciente de 3 anos com queixa de dor e distensão abdominal. Relato de ultrassonografia realizada pela mãe no período pré natal com diagnóstico de hidronefrose à direita, porém sem investigação complementar. Ao exame físico foi observada volumosa tumoração abdominal, sendo aventado como hipótese diagnóstica tumor de Wilms. Realizada tomografia de abdome que mostrou rins assimétricos, sendo o direito de dimensões muito aumentadas com substituição do seu parênquima por conteúdo líquido. Realizada ainda cintilografia renal que evidenciou ausência de função renal à direita, sendo então optado pelo tratamento cirúrgico com nefrectomia total à direita. O estudo apresenta um caso de estenose de JUP com relato de diagnóstico no período pré-natal, porém sem o recomendado acompanhamento pós-natal, evoluindo com complicações clínicas, como picos hipertensivos. A estenose de JUP é uma das causas mais frequentes de obstrução do trato urinário superior, mas as indicações cirúrgicas permanecem controversas, principalmente em paciente com rim contralateral normal. Nos casos com indicação de cirurgia, a técnica aberta oferece resultados excelentes, embora, atualmente, haja uma tendência ao uso de técnicas menos invasivas, utilizando-se principalmente a via laparoscópica.

IV CONGRESSO INTERNACIONAL
DE CIRURGIA GERAL

2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



NEOPLASIA NEUROENDOCRINA NAO FUNCIONANTE DE PANCREAS – RELATO DE CASO DE TUMOR RARO

Júlio César Magri, Eduardo Zanella Cordeiro, Flávia Cristina Novaes, Ivam Vargas Martins Silva, Raquel Aparecida Moreira, Gabriela Cavalli

Universidade Federal de Santa Catarina

Tumores neuroendócrinos do pâncreas são raros, somando aproximadamente 1 a 2% das neoplasias pancreáticas, com menos de 1 caso a cada 100 mil habitantes segundo Florian et al. Foram descritos até 14 tipos histológicos, incluindo os tumores não funcionais. Todos, exceto o insulínoma, tem comportamento maligno na maioria dos casos. Trabalho realizado no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina com objetivo de relatar neoplasia rara. Paciente LNS, 72 anos, aposentado, casado, natural e procedente de Florianópolis SC, comorbidades: síndrome metabólica, passado de neoplasia de próstata e doença do refluxo. Paciente assintomático encaminhado do ambulatório de Gastroenterologia por Tomografia 21/06/17, solicitada para investigação de monilíase esofágica, mostrando lesão lobulada, em contato com pâncreas e alça intestinal, 6x7 cm, origem interrogada entre pâncreas ou delgado. Seguiu – se Colonoscopia 04/07/2017 apresentando apenas doença diverticular em transverso. Enterotomografia 13/07/2017 com laudo mostrando massa 6x6cm com origem em Delgado, sem plano de clivagem com pâncreas. Cirurgia do dia 17/07/2017 com achados: lesão nodular expansiva com mais ou menos 7 cm, lobulada, localizada no corpo do Pâncreas. Realizado Pancreatectomia de corpo e cauda com esplenectomia em bloco. Anatomia Patológica: Tumor neuroendócrino bem diferenciado de corpo pancreático com 6 cm, grau histológico G1, com zero mitoses em 8 campos de 40x, margens livres, estadiamento patológico (AJCC 8ª ed - 2017) pT3 pN0. Imunohistoquímica: cromogranina, sinaptofisina, CD56 e enolase positivos; Ki67 positivo em menos de 1% das células. Paciente evoluiu bem no pós operatório e recebe alta no dia 21/07/2017. Os tumores não funcionais tem diagnóstico mais difícil justamente pela falta de um quadro clínico característico, apresentando-se geralmente como achado de exame de imagem ou com clínica abdominal inespecífica. Cirurgia curativa é indicada para essas lesões e para as metástases hepáticas, na ausência de doença extra-hepática, inclusive considerando transplante hepático para metástases irrissecáveis em pacientes selecionados. Apesar de incomuns, o recente aumento no exames de imagem está evidenciando os tumores neuroendócrinos não funcionais de pâncreas, lesões malignas e com metástases em sua maioria no diagnóstico, porém com potencial de cura se abordado precocemente.

Palavras chave: Neuroendócrino Pâncreas.

IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIRURGIA GERAL 2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



OBSTRUÇÃO AGUDA INTESTINAL COM ACHADO INTRA-OPERATORIO DE VOLVO DE CECO - RELATO DE CASO

Felipe Franco Malta, Andre Moreira Dangelis, Carleno da Silva Costa, Heitor Luiz Gomes, Andressa Assunção Pereira, Guilherme Leonel Gomes da Cunha

Universidade Federal de Uberlândia

O volvo de ceco caracteriza-se como a principal apresentação das anomalias relacionadas às más rotações intestinais, associada à rotação ou fixação incompleta do intestino durante o período embrionário. É definido pela torção axial integral envolvendo o ceco, íleo terminal e cólon ascendente sobre seus respectivos mesentérios e oclusão de seus vasos, resultando na apresentação clínica de oclusão intestinal, podendo evoluir para necrose de alça intestinal com subsequente quadro de toxemia, peritonite e morte. O estudo incluiu artigos da base de dados PubMed e análise de prontuário. LHB; sexo feminino, 57 anos, deu entrada no serviço de Cirurgia Geral de referência de Araguari queixando dor e distensão abdominal sem náuseas ou vômitos associados, sem eliminar flatos e fezes há 2 dias. Cirurgias prévias de laqueadura e hysterectomia. Ao exame físico paciente apresentava-se em regular estado geral, estável hemodinamicamente, afebril, abdome com dor difusa à palpação, distensão importante, hipertimpânico e sem sinais de irritação peritoneal. Ao toque retal evidenciou-se ampola retal distendida e ausência de fezes. Exames laboratoriais sem distúrbios hidroeletrólíticos e leucograma normal. Radiografia de abdome apresentando “imagem em U invertido” com dilatação de alça intestinal ocupando regiões de hipocôndrio esquerdo, mesogástrico e hipogástrico, sugestiva de volvo e ausência de pneumoperitônio. Optou-se pela realização de retossigmoidoscopia rígida e introdução de sonda Fouchet, não sendo possível a progressão do aparelho além do nível de obstrução. Após três tentativas sem sucesso com o tratamento conservador, foi indicada laparotomia exploradora, na qual foi identificada presença de moderada quantidade de líquido ascítico e volvo de ceco, com duas voltas, em localização mesogástrica. Na parede cecal não havia pontos de necrose, porém apresentava sinais de sofrimento vascular de meso, incluindo regiões com vasos trombosados. Foi realizada colectomia direita com anastomose íleo-colônica látero-lateral e ileostomia em alça. Paciente evoluiu de forma satisfatória, sendo indicada alta hospitalar em boas condições, com seguimento ambulatorial para definição de fechamento de ileostomia. O volvo de ceco apesar de pouco freqüente apresenta sinais clínico-radiológicos bem estabelecidos que auxiliam no diagnóstico e intervenção precoce.

Palavras chave: Obstrução Intestinal, Volvo, Ceco, Colectomia, Ileostomia em Alça.

IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIRURGIA GERAL 2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



OBSTRUÇÃO INTESTINAL EM NEONATO

MARCUS ODILON ANDRADE BALDIM, LISANDRA AYUSSO, LUIZ HENRIQUE TORRES COTA, JESSIKA NELIZE SIQUEIRA DO NASCIMENTO, THAMIRIS VILAS BOAS NEVES, LUCIANA NORONHA SILVA

UNIVERSIDADE JOSE DO ROSARIO VELLANO - UNIFENAS - ALFENAS - Minas Gerais - Brasil

A obstrução intestinal neonatal é definida por ausência de eliminação de mecônio, acompanhada de distensão abdominal progressiva e vômitos. Há que se fazer distinção entre formas de obstrução intestinal: causas mecânicas como as atresias intestinais, vícios de rotação, estenoses e bridas congênitas; e causas funcionais que são originadas pela falha na propulsão do conteúdo intestinal, alterações de inervação do tubo digestivo, doença de Hirschsprung, displasias neuronais, íleo meconial, a síndrome do cólon esquerdo e a síndrome da rolha meconial. Paciente do sexo feminino, 3 anos, encaminhada para reconstrução de trânsito intestinal. Ao exame do aparelho gastrointestinal: Bolsa de colostomia em Fossa Ilíaca Esquerda em bom aspecto, drenando fezes líquidas amareladas. Nos exames laboratoriais: Presença de leucocitose de 28.760 e 78% de segmentados, além de trombocitose. História de nascimento pré-termo (32 semanas de idade gestacional), pesando 1945g, APGAR 8/8. Durante internação na UTI neonatal, no 5º dia de vida, evoluiu com distensão abdominal e ausência de eliminação de mecônio, sendo realizada enterectomia, apendicectomia e ileostomia. Aos 6 meses de idade foi internada para fechamento de ileostomia, porém no pós-operatório apresentou, novamente, distensão abdominal, sendo feita nova intervenção de ileostomia e colostomia. Aos 2 anos e 6 meses de idade, realizou fechamento da ileostomia e foi coletado amostra do reto para biópsia. Ao anatomopatológico: Hiperplasia linfoide folicular reacional em mucosa retal; presença de células ganglionares. Dez meses depois, foi realizado procedimento cirúrgico para fechamento de colostomia, sem qualquer intercorrência. A associação entre história materna de polidrâmnio e obstrução intestinal em recém-nascidos é bem conhecida. O Ultrassom pré-natal é mais confiável na detecção de atresia duodenal do que nas obstruções distais. Ao recepcionar o recém-nascido, preocupa-se em observar o volume de líquido aspirado da câmara gástrica, sendo que a maior dificuldade no tratamento é selecionar quais são os candidatos à cirurgia de emergência. Este relato tem como objetivo expor o caso de uma paciente com quadro prolongado de obstrução intestinal, reforçando as condutas médicas adequadas e intensificando a detecção precoce dos problemas relacionados.

Palavras chave: Obstrução Intestinal; Neonato; Reconstrução Trânsito Intestinal; Hiperplasia Linfoide Folicular Reacional.



OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR HERNIA OBTURATORIA ENCARCERADA, RELATO DE CASO

Isabela Ribeiro Bigliassi, Munique Louise Santana de Souza, Raphael Raphe, Paulo Eduardo Zerati Monteirid

FACERES

A hérnia obturatória é uma patologia rara, que consiste na entrada do conteúdo abdominal para o orifício pélvico do canal obturador. Mas, apesar de raras, as hérnias obturatórias têm alto índice de encarceramento e estrangulamento e a maior taxa de mortalidade dentre as hérnias. Revisão de prontuário. MLP, 92 anos, hipertensa e portadora de demência senil avançada, não contactuante, admitida pelo clínico geral com quadro de vômitos há 2 dias. Solicitada avaliação da Cirurgia Geral dois dias após a internação, sendo evidenciado distensão timpânica do abdome ao exame físico. Solicitada TC de Abdome que diagnosticou hérnia obturatória esquerda encarcerada. Realizada laparotomia que evidenciou alça de delgado encarcerada em forame obturatório, com distensão à montante. Após desencarceramento, observado segmento de delgado com isquemia que foi totalmente revertida espontaneamente, sendo procedida a rafia peritoneal. A paciente apresentou pneumonia e choque séptico, evoluindo à óbito no 20º dia de pós-operatório. Devido à raridade e dependência de um exame de imagem para elucidação diagnóstica, a hérnia obturatória encarcerada deve ser sempre lembrada na abordagem do Abdome Agudo Obstrutivo, uma vez que o tratamento cirúrgico é mandatório e o tempo de evolução pode implicar em graves complicações, como a necrose e perfuração intestinal.

Palavras chave:Obstrução Intestinal; Hérnia Obturatória



OBSTRUÇÃO URETRAL POR PROJÉTIL DE ARMA DE FOGO: RELATO DE CASO

Juliana Oliveira de Miranda, Carlos Henrique Segall Junior, Júlia Aguiar Costa, Marcela Ramos Pereira, Lorena Pereira Soella, Bruno de Oliveira Prati

Universidade de Vila Velha

O ferimento por arma de fogo (PAF) é a principal causa do trauma abdominal nos pacientes submetidos a laparotomia. Dentre estes, são raros os casos relatados na literatura na qual fragmento do projétil tenha migrado da cavidade abdominal para o trato urinário. Logo, este relato visa discutir um caso em que não só o trajeto de eliminação do corpo estranho foi incomum, como também o longo intervalo de tempo entre a lesão e a obstrução uretral. Paciente, masculino, 17 anos, vítima de PAF abdominal em 2016, com entrada em fossa ilíaca direita sem orifício de saída, submetido a laparotomia exploradora na qual o projétil não foi localizado, com ausência de líquido livre em cavidade e presença de lesões em intestino delgado tratadas com rafia. No dia 18/07/17, foi internado com retenção urinária aguda, sondado e encaminhado ao ambulatório de urologia. Ao exame apresentava fácies de dor, secreção purulenta no orifício uretral externo e presença de nodulação justa uretral junto a sonda vesical. Na radiografia simples foi identificada imagem compatível com PAF. Devido a hipótese de obstrução urinária por migração e impactação do projétil em via urinária foi submetido a uretrotomia anterior e retirada do corpo estranho. O paciente evoluiu bem, e após 24 horas, recebeu alta com encaminhamento para revisão ambulatorial. No 13º dia de pós-operatório, realizou-se a retirada da sonda e dos pontos. Urinava sem dificuldade com jato forte e ininterrupto. As informações foram obtidas por meio da revisão da literatura e de prontuário, após autorização. Corpo estranho uretral é relativamente raro, quando visto, geralmente é resultado de uma lesão com entrada no meato uretral. Ainda neste grupo, na maioria dos casos o fragmento foi expelido pelo trato urinário, raros são aqueles com sintomatologia de retenção urinária e que necessitem de intervenção. Quando possível, é indicado a remoção por via endoscópica ou cirurgia minimamente invasiva, porém, a via aberta pode ser necessária quando associada a reação inflamatória. Vale ressaltar, portanto, que a ausência de clínica como hematúria, exame de imagem sem alteração e laparotomia sem achados, não efetivamente descarta a possibilidade de lesão geniturinária e que a suspeita clínica é necessária para o diagnóstico correto.

Palavras chave: Projétil de Arma de Fogo. Obstrução Urinária. Uretrotomia Anterior.

IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIRURGIA GERAL 2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



OCORRÊNCIA DE METÁSTASE HEPÁTICA 14 ANOS APÓS O TRATAMENTO DE MELANOMA UVEAL

Abriela Leopoldino Silva, Renato Ferreira Silva, Paulo Cesar Arroyo Junior, William José Duca, Rita de Cássia Martins Alves Silva

FAMERP

O melanoma uveal corresponde ao tumor maligno intraocular mais comum em adultos. Inclui o melanoma de íris, corpo ciliar e coróide. Os melanomas de coróide correspondem ao subtipo mais comum, representando cerca de 85 a 90% dos melanomas uveais. Aproximadamente 50% dos pacientes com melanoma uveal desenvolvem doença metastática. Os principais órgãos acometidos pelas metástases do melanoma uveal são o fígado (60,5%) e os pulmões (24,4%). O objetivo do trabalho foi relatar um caso de recidiva muito tardia de melanoma uveal. A coleta de informações foi realizada durante a internação do paciente no Hospital de Base de São José do Rio Preto, por meio de seu prontuário físico e eletrônico. Paciente A.I.B., 72 anos, sexo masculino, apresentava história de enucleação ocular direita, no ano de 2001, em outro serviço, com anatomopatológico de melanoma de coróide. Paciente foi admitido em nosso serviço, no ano de 2015, quando apresentou início de quadro de dor em região de hipocôndrio direito. Em tomografia de abdome, foi visualizada imagem grosseiramente ovalar, com realce heterogêneo, no segmento V hepático, medindo 8,2 x 6,2 cm. Foi realizada hepatectomia dos segmentos V e VI. O anatomopatológico da peça cirúrgica e o painel de marcadores imuno-histoquímicos apresentaram como resultado melanoma maligno melanótico metastático no parênquima hepático subcapsular. Infelizmente, o prognóstico da doença metastática do melanoma uveal é bastante ruim. Após o seu diagnóstico, a mediana de sobrevida global é de, aproximadamente, 13,4 meses. As opções de tratamento da doença metastática incluem a quimioterapia sistêmica, a imunoterapia e o tratamento cirúrgico, sendo, entretanto, bastante limitadas. A ressecção cirúrgica das metástases hepáticas de melanoma uveal parece melhorar a sobrevida dos pacientes. No entanto, apenas uma minoria de pacientes (2 a 7%) são candidatos à metastasectomia hepática. Tendo-se em vista a presença de casos de recidiva tumoral muito tardia, faz-se necessário o acompanhamento por um longo período após o tratamento do tumor primário. O paciente do relato exposto, até o momento, encontra-se, há cerca de dois anos desde o diagnóstico da doença metastática hepática, sem evidência de sinais de nova recidiva da doença. Segue realizando acompanhamento ambulatorial semestralmente, em nosso serviço.

Palavras chave: Melanoma Uveal; Metástase Hepática; Recidiva Tardia



PARACOCCIDIOIDOMICOSE HEPÁTICA E ESPLÊNICA: RELATO DE CASO

Pedro Vitor Oliveira Freitas Rego, Carolina Farinasse Mariola, Wilson Mantovani Robelo Neto, Nycolle Arantes Torres Carvalho, Angelo Alberto Zani Filho

Universidade Brasil

A paracoccidiodomicose é uma infecção micótica sistêmica endêmica grave, causada pelo agente *Paracoccidioides brasiliensis*, que afeta pele, mucosas, linfonodos e órgãos internos. Trata-se de uma infecção insidiosa, de caráter agudo ou crônico, geralmente adquirida por via respiratória, tendo sua maior incidência em países da América do Sul. Tem caráter endêmico entre as populações rurais, e acomete predominantemente homens acima dos 40 anos, tabagistas e etilistas. A doença se caracteriza pelo surgimento de lesões em estruturas do aparelho respiratório e trato gastrointestinal, além do fígado, baço e sistema nervoso. Disfonia, dispneia, odinofagia e febre são alguns dos sintomas iniciais da doença. O diagnóstico se baseia nos dados clínicos e laboratoriais, onde se tem o achado do parasita que se apresenta como células arredondadas com ou sem gemulação - quando o parasita toma aspecto de “roda de leme”. Provas sorológicas podem ser empregadas. Para o tratamento, utiliza-se antifúngicos como os “Azóis” e Anfotericina B. Relato de caso após a revisão de prontuário e revisão literária: Masculino, 15 anos, submetido a cirurgia ortopédica, iniciou quadro febril associado a dor abdominal inespecífica, quadro anêmico e aparecimento de ascite evidente. Realizada tomografia computadorizada constando: Hepatomegalia com nódulos de baixa densidade, esplenomegalia com abscessos de pequenas dimensões e ascite. Optou-se pela realização de laparotomia exploradora (LE), evidenciando hepatoesplenomegalia com múltiplos abscessos de 0,5 à 1 cm em parênquimas hepático e esplênico; realizada esplenectomia e drenagem de abscesso peripancreático e líquido ascítico. Na análise histopatológica se constatou a presença do fungo *Paracoccidioides brasiliensis*, confirmando a infecção sistêmica. Paciente veio a óbito após três dias do procedimento cirúrgico. A infecção crônica pelo *Paracoccidioides brasiliensis* pode ser unifocal ou multifocal, a qual corresponde a mais de 90% dos casos. A forma aguda é responsável por 3 a 5% dos casos e caracteriza-se por evolução mais rápida. A LE é indicada nos casos de acometimento de órgãos vitais ou para elucidação diagnóstica em casos de difícil interpretação clínica, onde a hepatoesplenomegalia de origem desconhecida pode ser a única manifestação da doença.

Palavras chave: Paracoccidiodomicose; Hepático; Esplênico.

IV CONGRESSO INTERNACIONAL
DE CIRURGIA GERAL

2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP

PERFIL DOS INTERNAMENTOS A CRIANÇAS E ADOLESCENTES VITIMAS DE QUEIMADURAS ATENDIDAS EM HOSPITAL DE URGENCIA E EMERGENCIA NO PERÍODO DE 2011 A 2015

Ilma Ferreira De Oliveira, Kalleu Leonardo Antao, Fernando Henrique de Oliveira Santa Maria, Marcelo da Silva Pinheiro, Alan Blendo Bonfim Correia, Lucio Wagner Torres Carvalho

UNCISAL

A queimadura é considerada uma preocupação constante, e tal agravo torna-se um problema em saúde pública. O objetivo desse trabalho é analisar o perfil dos internamentos a crianças e adolescentes vítimas de queimaduras atendidas em hospital de urgência e emergência no período de 2011 a 2015. Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, transversal e retrospectivo, por meio de análise dos prontuários dos pacientes internados no hospital. As variáveis estudadas foram: idade, sexo, hora, local e dia da ocorrência, meio de locomoção até o hospital, região corporal afetada, tipo de conduta adotada, evolução do paciente. Neste período ocorreram 1011 atendimentos causados por queimaduras. Apresentando maior incidência na faixa de 01 dia a 9 anos 375 (37,1%), seguindo de 20 a 39 anos 269 (26,6%), 40 a 59 anos 156 (15,4%), de 10 a 19 anos 141 (13,9%), e 60 ou mais 70 (6,9%) com predominância no sexo masculino 658 (65,1%), no feminino 353 (34,9%). Principalmente, no turno vespertino 378 (37,4%), seguido do noturno 329 (32,5%). Matutino 252 (24,9%), e madrugada 52 (5,1%). Com relação ao meio de locomoção o carro particular predominou 542 (53,6%), outras ambulâncias foram responsáveis por 309 (30,6%), serviço de atendimento móvel de urgência (unidade básica) representou 131 (13%), a unidade avançada 7 (0,7%), e os bombeiros 22 (2,2%). As regiões mais acometidas foram membros inferiores 173 (17,1%), membros superiores 120 (11,9%), cabeça e pescoço 66 (6,5%) e Tórax 34 (3,4%). Os procedimentos cirúrgicos foram realizados em 517 (51,1%), já a conduta conservadora 494 (48,9%), com relação a evolução 924 (91,4%) receberam alta, 34 (3,4%) foram transferidos e a taxa de letalidade foi de (5,2%) correspondendo a 53 óbitos.

O estudo demonstra a importância do estudo a esse agravo para a saúde pública. Tendo em vista que, principalmente, as mortes relacionadas à queimaduras são potencialmente evitáveis.

Palavras chave: Queimaduras, Causas Externas, Urgência e Emergência.

IV CONGRESSO INTERNACIONAL
DE CIRURGIA GERAL

2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



PERFIL DOS INTERNAMENTOS POR AGRESSÕES FÍSICAS, PROJÉTIL DE ARMA DE FOGO E ARMA BRANCA ATENDIDOS EM HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO PERÍODO DE 2011 A 2015.

Kalleu Leonardo Antão, Ilma Ferreira de Oliveira, Marcelo da Silva Pinheiro, Antonio Carlos de Barros Lima, Lucio Wagner Torres Carvalho, Alan Blendo Bonfim Correia

UNIVERSIDADE DE CIÊNCIA DA SAÚDE DE ALAGOAS

As violências são responsáveis por grandes taxas de internamentos. As agressões, os projetis de arma de fogo (PAF) e as perfurações por arma brancas (PAB) estão entre os principais causadores de mortalidade em jovens. O objetivo desse trabalho foi elaborar perfil de vítimas de agressões corporais, projetil de arma de fogo e arma branca internados num hospital geral de uma capital do nordeste brasileiro 2011 - 2015. Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, longitudinal e retrospectivo, por meio de análise dos prontuários de internados em hospital de urgência e emergência. As variáveis estudadas: hora e local da ocorrência, meio de locomoção até o hospital, idade, sexo, escala de coma de Glasgow, conduta, região corporal afetada e evolução. Foram avaliados 5035 prontuários, 775 (15,4%) de agressões físicas, 2984 (59,3%) de PAF, e 1276 (25,3%) de PAB. A faixa etária mais acometida foi de 20 a 39 anos 2938 (58,4%), seguido de 10 a 19 anos 1207 (24%), 40 a 59 anos 697 (13,8%), 60 ou mais 132 (2,6%) apresentando predominância no sexo masculino 4544 (90,2%) no feminino 491 (9,8%). O turno noturno foi o mais expressivo 2325 (46,2%), seguido do vespertino 1083 (21,5%), madrugada 1038 (20,6%) e o matutino 588 (11,7%). Com relação ao meio de locomoção o serviço de atendimento móvel de urgência (unidade básica), representou 1954 (38,8%) a unidade avançada 227 (4,5%), carro particular 1412 (28%) outras ambulâncias foram responsáveis por 1368 (27,2%) e os bombeiros 74 (1,5%). As regiões corporais mais lesadas foram o abdome 1106 (22%), cabeça e pescoço 1082 (21,5) seguido de tórax 755 (15%), membros superiores 547 (10,9%), membros inferiores 512 (10,2%), dorso 73 (1,4%) e genitálias 30 (0,6%), tendo ainda 930 (18,5%) com múltiplas lesões. Com relação à escala de coma de Glasgow, a maioria dos prontuários não possuíam essa informação, 2540 (50,4%). Escala entre 3 e 8 representou 171 (3,4%), entre 9 e 12 aconteceram 96 (1,9%), e 13 a 15 foram 2228 (44,3%). Os procedimentos cirúrgicos foram realizados em 3533 (70,2%), já a conduta conservadora 1502 (29,8%) A taxa de letalidade foi (11,1%), representando 559 casos. A violência é um problema que é responsável por altas taxas de mortalidade e morbidade, principalmente na faixa etária jovem do sexo masculino.

Palavras chave: Agressão Física, Arma de Fogo, Arma Branca, Violência



PERFIL DOS PACIENTES VITIMAS DE TRAUMA POR ACIDENTES DE TRABALHO EM UM HOSPITAL DE URGENCIA DO NORDESTE ENTRE 2011-2015

Alan Blendo Bonfim Correia, Kalleu Leonardo Antão, Ilma Ferreira de Oliveira, Marcelo da Silva Pinheiro, Antonio Carlos de Barros Lima, Lucy Wagner Torres Carvalho

Universidade Estadual de Ciências Da Saúde de Alogoas

A elevação gradual dos índices de mortalidade por causa de acidentes e violência tornou-se um grave e sério problema de saúde pública. Entre os traumas mecânicos, o traumatismo causado por acidentes de trabalho tem acarretado diversos tipos de mutilações, invalidez permanente, repercussões psicológicas e óbitos. Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, transversal e retrospectivo, a partir da análise dos prontuários dos pacientes internados vítimas de acidentes de trabalho em um hospital de urgência/emergência do Nordeste. As variáveis estudadas foram: idade, sexo, região afetada, tipo de conduta adotada e evolução do paciente. Foram avaliados 17251 prontuários de pacientes vítimas de trauma, desses aproximadamente 3% (531 pacientes) foram vítimas de acidentes de trabalho. Destes, 95% foram do sexo masculino, e 5% do sexo feminino. A faixa etária de 0 a 9 anos apresentou 8%, de 10 a 19 anos foram 18,5%, de 20 a 39 anos 43,5%, de 40 a 59 anos 20% e de 60 anos ou mais foi de 10%. As regiões afetadas mais comuns foram os membros superiores (37%), membros inferiores (24%), cabeça e pescoço (13%), múltiplas regiões (13%), dorso (4%), abdome (4%) e tórax (4%). A conduta mais comum adotada foi a conservadora, 62%, e 28%, cirúrgica. A evolução foi 77% alta hospitalar, 3% óbito e 10% foram transferidos para outra unidade hospitalar. O estudo demonstra que os acidentes de trabalho são importantes causas de traumas, predominantemente no sexo masculino, onde a região mais afetada foram os membros superiores, na faixa etária de 20 a 39 anos. A forma principal de abordagem foi a conservadora e a maioria dos desfechos clínicos foi a alta hospitalar. Nesse sentido, estes dados são importantes para que sejam implementadas políticas públicas de prevenção a população (principalmente masculina), para redução desses casos.

Palavras chave: Acidentes de Trabalho, Trauma, Urgência.



PERFIL DOS TRAUMAS CRANIOENCEFÁLICOS INTERNADOS EM HOSPITAL GERAL DURANTE 2011 E 2015, ANÁLISE DOS AGRAVOS, DOS PACIENTES E DOS DESFECHOS.

Kalleu Leonardo Antao, Lucio Wagner Torres Carvalho, Ilma Ferreira de Oliveira, Fernando Henrique de Oliveira Santa Maria, Marcelo da Silva Pinheiro, Antonio Carlos de Barros Lima

Universidade de Ciencia da Saude de Alagoas

O Traumatismo Cranioencefálico (TCE) é uma das principais causas de morte e incapacidade entre jovens, sendo considerado um grande problema de saúde pública. O objetivo do presente trabalho é e laborar analisar e analisar o Perfil dos traumas cranioencefálicos (TCE) internados em hospital geral durante 2011 e 2015, com enfoque nos agravos, pacientes e desfechos. Trata-se de um estudo quantitativo e observacional, por meio de análise dos prontuários dos pacientes internados em Hospital de urgência e emergência. As variáveis estudadas foram: hora e local da ocorrência, Meio de locomoção até o hospital, idade, sexo, raça/etnia, escolaridade, escala de coma de Glasgow, tipo de conduta adotada, e evolução do paciente. Neste período ocorreram 4989 atendimentos causados por TCE. Os acidentes de trânsito representaram 2250 (45,1%), as quedas 828 (16,6%), os projéteis de arma de fogo 595 (11,9%), agressões 536 (10,7%), queimaduras 348 (7%), perfurações por arma branca 295 (5,9%), tentativa de suicídio 33 (0,7%), acidentes de trabalho 101 (2%), e afogamentos 3 (0,1%). Apresentando maior incidência na faixa de 20 a 39 anos 2365 (47,4%), seguindo de 40 a 59 anos 1003 (20,1%), de 10 a 19 anos 793 (15,9%), 60 ou mais 436 (8,7%), de 1 a 9 anos 338 (7,8%) e não informado 4 casos. Apresentando predominância no sexo masculino 4071 (81,6%), principalmente, no turno noturno 1914 (38,4%), seguido do vespertino 1386 (27,8%), matutino 928 (18,6%), madrugada 760 (15,2%). Com relação ao meio de locomoção o serviço de atendimento móvel de urgência unidade básica representou 1899 (38,1%), a unidade avançada 212 (4,2%), o carro particular 1292 (25,9%) as outras ambulâncias foram responsáveis por 1255 (25,2%), e bombeiros 331 (6,6%). Com relação a escala de coma de Glasgow 2441 (48,9%) entre 13 e 15, houve prontuários sem essa informação essa informação 1736 (34,8%), entre 9 e 12 estavam 293 (5,9%) e 3 a 8 estavam 519 (10,4%), com relação aos procedimentos cirúrgicos, a craniectomia, foram realizados 3179 (63,7%), a taxa de letalidade foi de (14,7%). O TCE é uma é um problema que é responsável por altas taxas de mortalidade e morbidade, principalmente na faixa etária jovem do sexo masculino, sendo os principais mecanismos de trauma os acidentes de trânsito e as quedas.

Palavras chave: Trauma Cranioencefalico, Violência, Mortalidade.

IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIRURGIA GERAL 2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR PENETRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO NO OU ATRAVÉS DE OLHO OU ORIFÍCIO NATURAL NO BRASIL

Rogério Matheus de Moraes Júnior, Jocely Matheus de Moraes Neto, Bruno Matheus de Moraes, Amanda Rodenas, Eduardo Oliva Campos

UNOESTE

A penetração de corpos estranhos no olho humano é um tipo de acidente frequente no Brasil, que pode acarretar em complicações visuais graves e irreversíveis. As crianças correspondem ao grupo mais vulnerável a esse tipo de acidente, que pode ocorrer nas circunstâncias mais inesperadas, e apesar de frequente, é um acidente passível de ser prevenido. O presente estudo objetiva analisar o perfil epidemiológico das internações hospitalares do SUS por penetração de corpo estranho no ou através de olho ou orifício natural, identificando a raça/cor, sexo e faixa etária com maior incidência. Foi realizado o estudo ecológico, analisando-se a morbidade hospitalar do SUS por causas externas no Brasil, no período entre 2008 a 2016, através dos dados contidos no Departamento de Informática do SUS (DATASUS), que utilizou o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) como fonte. Durante o período de 2008 a 2016 foram registradas 18.546 internações hospitalares no Brasil por penetração de corpo estranho no ou através de olho ou orifício natural. Destas, 9.095 (49,04%) ocorreram em pacientes na primeira década de vida, enquanto que a segunda, terceira, quarta, quinta, sexta, sétima e oitava décadas, registraram 1.675 (9,03%), 1.452 (7,83%), 1.511 (8,15%), 1.622 (8,75%), 1.500 (8,09%), 991 (5,34%) e 483 internações (2,6%), respectivamente. A menor incidência encontrada foi em pacientes a partir dos 80 anos de idade, com 217 internações (1,17%). Em relação ao sexo, foi observada uma grande superioridade do sexo masculino, com 62,88% das internações, contra 37,12% do sexo feminino. Desconsiderando-se as 5.277 internações cuja raça/cor não foi determinada, observou-se um predomínio da cor branca, com 61,13% das internações, seguida da cor parda, com 33,29%, da cor preta, com 4,79%, da cor amarela, com 0,57% e da raça indígena, com 0,22%. A partir dos dados analisados, conclui-se que a população com maior risco para uma internação hospitalar por penetração de corpo estranho no ou através de olho ou orifício natural, no território brasileiro, pertence ao sexo masculino, de cor branca, durante a primeira década de vida, demonstrando assim, que uma supervisão mais rigorosa dos pais ou responsáveis, pode diminuir a incidências destes acidentes.

Palavras chave: Oftalmologia; Perfuração da Córnea; Epidemiologia

IV CONGRESSO INTERNACIONAL
DE CIRURGIA GERAL

2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



PERFURAÇÃO DE INTESTINO DELGADO POR DOENÇA DIVERTICULAR JEJUNAL: RELATO DE CASO

Nycolle Arantes Torres Carvalho, Isabella da Cruz Pizarro, Rodolpho César Oliveira Mellem Kairala, Gustavo Rivelli Lamboglia, Guilherme Rivelli Lamboglia

Universidade Brasil

Divertículo do trato gastrointestinal trata-se de uma patologia decorrente da alteração estrutural da parede digestiva ocasionando o surgimento de protruções saculares em quantidade variável. Divertículos são, no geral, mais frequentes no cólon e sua prevalência aumenta com a idade, chegando a atingir cerca de dois terços da população com idade em torno de 80 anos. Sua localização no intestino delgado, porém, é pouco comum, apresentando uma prevalência de aproximadamente 0,3% - 1,9% em estudos de imagem e 0,3% - 1,3% em estudos de necropsia, acometem preferencialmente idosos, por volta da sexta ou sétima décadas de vida, predominando no sexo masculino. Anatomicamente, distribuem-se ao longo do intestino delgado da seguinte maneira: 60-70% no duodeno, 20-25% no jejuno e 5-10% no íleo. Relato de caso obtido após revisão de prontuário médico e revisão literária. Masculino, 40 anos, encaminhado para pronto atendimento de cirurgia geral com queixa de epigastralgia pós-prandial, de forte intensidade, precedida por vômitos, associada a sinais de peritonite. História de perda de 30 Kg em aproximadamente 2 meses devido à redução da ingestão alimentar por quadro de epigastralgia crônica, referiu ter realizado tratamento prévio para gastropatia e colecistite, sem melhora. Realizada TC de abdome que evidenciou a presença de pneumoperitônio. Durante laparotomia exploradora encontrou-se divertículo perfurado em jejuno com abscesso de grande volume, bloqueado em retrocavidade. Lesão de difícil sutura devido a tecido friável, não sendo possível realizar rafia adequada. Devido ao déficit nutricional do paciente, foi optado por não reabordar no momento, aguardando compensação nutricional para segunda abordagem cirúrgica. Os divertículos costumam ser assintomáticos em 60% a 70% dos casos. A sintomatologia crônica inclui dor abdominal vaga, plenitude pós-prandial, náuseas, vômitos, diarreia e hemorragia gastrointestinal baixa crônica. Complicações agudas são diverticulite, com ou sem abscesso ou perfuração, hemorragia gastrointestinal e obstrução intestinal. As complicações de doenças diverticulares, se não diagnosticadas e manejadas prontamente, como no caso apresentado em que entre o início dos sintomas de abdome agudo e o desfecho cirúrgico passaram-se pouco mais de 24 horas, podem apresentar altas taxas de mortalidade.

Palavras chave: Divertículo, Jejunal, Intestino, Delgado, Abdome agudo

IV CONGRESSO INTERNACIONAL
DE CIRURGIA GERAL

2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC



CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP

PERFURAÇÃO DO CÓLON NA DOENÇA DE BEHÇET: RELATO DE CASO

Jilvando Matos Medeiros, Caio Brenno Abreu, Ildson Vinicius Lima de Melo, Francisco Israel de Freitas Souza, Marcus Vinicius Meirelles Rodrigues, Mirtes Okawa Essashika do Nascimento

Universidade Federal de Roraima

A doença de Behçet é uma doença inflamatória crônica envolvendo múltiplos sistemas, sendo a vasculite a característica patológica mais importante. A perfuração intestinal é rara na doença de Behçet e está associada com alta morbimortalidade. Considera-se que as múltiplas perfurações do cólon são secundárias à vasculite e ocorrem em doentes com úlceras. Pode ocorrer dentro de todo o cólon, mas mais comumente na região ileocecal. Relato de caso de um paciente masculino de 31 anos de idade, etnia Japonesa mora no Brasil há 6 meses, com história de lesões orais recorrentes há 2 anos, refere ser dolorosa e regride com uso de medicação tópica. Deu entrada no serviço de emergência do hospital com dor abdominal intensa, náuseas, vômitos, relata há 4 dias teve início de diarreia sanguinolenta intermitente. Ao exame físico, taquicardia, dispneia, ofertado oxigenoterapia sob cateter nasal, pressão arterial 140x100mmHg, abdômen globoso, dor a palpação leve, presença de sinais de irritação peritoneal. Exame de sangue mostrou uma discreta anemia, demais dentro do limite de normalidade. A ecografia abdominal mostrou fluido livre nas canalizações paracólicas direita, perihepática, paracólica esquerda e pelve. Após a detecção do nível de ar-líquido e ar livre sob o diafragma em raio-x abdominal ereto, foi realizada laparotomia de emergência. Na operação, foram encontradas áreas de perfuração múltiplas no cólon sigmóide, cólon descendente e cólon transversal, realizado ampla ressecção das partes afetadas e feito. Paciente evoluiu hemodinamicamente estável durante pós-operatório imediato, recebeu alta após 15 dias de internação. A intervenção cirúrgica urgente é essencial no manejo da perfuração do cólon. A doença de Behçet, representa uma doença crônica, multissistêmica com várias formas de vasculite, difícil diagnóstico e, principalmente, manejo clínico, as intervenções terapêuticas são variadas e, muitas vezes, exigem interdisciplinaridade entre especialistas.

Palavras chave: Síndrome de Behçet; Perfuração Intestinal; Vasculite.

IV CONGRESSO INTERNACIONAL
DE CIRURGIA GERAL

2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC



CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP

PLEUROSATOMIA COMO TRATAMENTO DE COMPLICAÇÃO DE TRAUMA TORACICO – UM ESTUDO DE CASO

Thais Nunes Vargas, Norrara Amanda Teles Martins, Sayra Rayane Titoto Labre, Fernanda de Melo Prata Mendonça, Fabiano Alves Squeff, Márcio Matias Oliveira

centro universitário unievangelica

Os traumatismos torácicos correspondem entre 25 a 50% de todos os traumas admitidos nas emergências hospitalares. Cerca de 80 a 85% dos doentes admitidos requerem procedimentos disponíveis em qualquer serviço de emergência, como oxigênio, drenos de tórax e analgésico e apresentam evolução extremamente favorável, porém 10 a 20% dos traumas torácicos não respondem ao tratamento com drenagem torácica. Dentre as complicações advindas do trauma torácico, o hemotórax coagulado e o empiema pleural são as mais frequentes.

Realizou-se pesquisa bibliográfica nos principais sites da área da saúde, revisão de prontuário médico e o acompanhamento do ato cirúrgico e da evolução do paciente no pré e pós operatório, em um Hospital Filantrópico de Anápolis. Paciente, SKA, 63 anos, masculino, deu entrada no Hospital de Urgências de Anápolis após queda de moto, com pneumotórax aberto com curativo de três pontos. Realizou-se drenagem torácica fechada e fechamento da parede torácica. No 9º dia de pós operatório, paciente evoluiu com murmúrio vesicular abolido em hemitórax esquerdo e sinais de choque séptico. O Raio X de tórax apresentou velamento total do hemitórax esquerdo e desvio mediastinal contra lateral e a Tomografia evidenciou um derrame pleural volumoso, sinais de encarceramento pulmonar e coleção em cavidade pleural. Em decorrência da gravidade clínica e do achado intraoperatório de grande quantidade de coágulos infectados e empiema pleural, optou-se pela confecção de pleurostomia. Paciente evoluiu com melhora clínica significativa, recebendo alta no 32º dia pós operatório. Nos traumas torácicos, o empiema desenvolve-se pela inoculação direta através de uma ferida penetrante, persistência de corpos estranhos contaminados no interior da cavidade pleural ou pela presença de fístula brancopleural. O tratamento de escolha é a drenagem torácica associada à antibioticoterapia. Em algumas situações, o empiema pode evoluir para a fase de encarceramento pulmonar com formação de coleções pleurais (fase III) sendo a toracotomia e, ultimamente a toracoscopia para decorticação, o procedimento de escolha. Pode-se lançar mão da pleurostomia em situações de choque séptico, quando o doente não toleraria uma toracotomia ou em casos de grande contaminação da cavidade pleural, como no caso apresentado.

Palavras chave: Pleurostomia, Cirurgia, Trauma



PNEUMOPERITÔNIO SECUNDÁRIO A PNEUMATOSE CÍSTICA INTESTINAL, RELATO DE CASO

Amanda Cristina Netto Guerra, Livia Jayme Paulucci, Natássia Alberici Anselmo, Raphael Raphe, Paulo Eduardo Zerati Monteiro

Faculdade Ceres

A PCI é uma condição rara caracterizada por múltiplas infiltrações gasosas da parede do tubo digestivo, principalmente intestino delgado e cólon, na submucosa ou subserosa. Sua etiologia não é bem definida, sendo as teorias aceitáveis: a mecânica, associada a doenças, traumas ou procedimentos intervencionistas e a bacteriana que se associa a bactérias anaeróbicas produtoras de gases decorrente de doenças. Sua sintomatologia varia de acordo com a severidade do quadro. Revisão de prontuário: Paciente do sexo feminino, 89 anos, hipertensa e com antecedente de histerectomia há 40 anos por miomatose, passou por consulta de rotina com cardiologista, sendo solicitado radiografia de tórax. No retorno, queixou-se de dor e distensão abdominal de 5 dias de evolução, sendo evidenciado pneumoperitônio à radiografia. Foi encaminhada à Emergência para avaliação da Cirurgia Geral. Solicitada Tomografia Computadorizada confirmando a presença de pneumoperitônio além da presença de mínima quantidade de líquido na cavidade abdominal, sem outras alterações. Indicada laparotomia exploradora. Após abertura do peritônio, notou-se saída de ar da cavidade e ao inventário, foram visualizadas lesões císticas esparsas com conteúdo gasoso na borda mesentérica do jejuno, compatíveis com PCI, sendo uma delas com fibrina aderida, não sendo identificado lesão de serosa. Paciente evoluiu no pós-operatório (PO) com melhora da dor abdominal, sem intercorrências e com alta no 7º PO. A ruptura de um cisto subseroso parece ser a fonte mais provável de um pneumoperitônio em uma PCI quando afastadas outras causas. A PCI pode ser tratada de diferentes maneiras dependendo da clínica e da causa. No caso, devido ao quadro de dor da paciente e ao diagnóstico de imagem inconclusivo para a causa de pneumoperitônio, optou-se pela intervenção cirúrgica. À laparotomia não-terapêutica concluiu-se um quadro de pneumoperitônio secundário à PCI.

Palavras chave: Pneumoperitônio, Pneumatose Cística Intestinal



PNEUMOTORAX ESPONTANEO EM PACIENTE JOVEM: RELATO DE CASO

Lorena de Freitas Diogo, Mariana Zeitune de Oliveira Pereira, Fernanda Cristine Zanotti, Amanda Oliva Spaziani, Rafael Tommy Lyda Egashira, Márcio Vinicius Dores Renesto

Universidade Brasil

O pneumotórax é uma das complicações intraoperatórias mais comuns, ocorrendo em 5% a 8% dos pacientes. Trata-se do acúmulo de ar no espaço pleural. Ele pode ocorrer após trauma, cirurgia, iatrogenia, espontâneo, ou em consequência de doença pulmonar. O espontâneo ocorre em consequência da ruptura de blebs subpleurais (primário) ou outra doença pulmonar (secundário). Este problema resulta em pressão intratorácica positiva causando compressão do pulmão e mediastino, desvio do mediastino e diminuição na ventilação e retorno venoso. Colapso cardiopulmonar e óbito podem acontecer. Descompressão imediata com Jelco grosso ou colocação de um dreno torácico são procedimentos salvadores nesta situação. Relato de caso obtido após revisão de prontuário médico e revisão literária. Sexo masculino, 23 anos, queixa de dor torácica e dispnéia há 2 meses. Evolui com dor em região subcostal direita, tipo pontada, em repouso. Nesse intervalo relata episódio de trauma em região torácica direita, com melhora espontânea. Há 15 dias procurou atendimento devido piora da dispnéia (em repouso), tosse produtiva e persistência da dorsalgia. Tabagista e etilista. Ao exame físico: regular estado geral, descorado, dispnéico e saturação de O₂: 96%. Tórax: expansibilidade diminuída a direita, murmúrio vesicular presente bilateralmente, diminuído a direita e também enfisemas subcutâneos. Abdome: sem alterações. Exames laboratoriais: hemograma com leucocitose. Raio X de tórax: pneumotórax de grande volume a direita. Conduta: drenagem torácica em selo d'água e internação hospitalar. Alta hospital em 8 dias, sem intercorrências e/ou queixas clínicas. A história clínica é fundamental e norteadora da condução do tratamento precoce e o restabelecimento do paciente. Os sintomas de pneumotórax incluem dor e dispnéia. Pacientes com pneumotórax espontâneo são geralmente jovens longilíneos. Exames de imagem para o diagnóstico incluem radiografia de tórax e, ocasionalmente, TC. Nosso caso se refere a um pneumotórax espontâneo secundário, são gerados por rompimento de bolhas pulmonares, também áreas de fraqueza das paredes, causadas por doenças pulmonares subjacentes. A mais frequente, responsável por 90% dos casos é o DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica) causada pelo tabagismo. Enfisema subcutâneo pode ou não estar presente. O tratamento depende do tamanho do pneumotórax e da gravidade dos sintomas.

Palavras chave: Pneumotórax; Pneumotórax Espontâneo.



POLIPOSE DO TRATO GASTROINTESTINAL: RELATO DE CASO

Anderson Aparecido Santim, Letícia Fernandes Garcia, Nara Ligia Forestieri Sette, Marcos Tayar Augusto, Herlon Escorsi Valerio

UNIFEV

Os pólipos colorretais podem ser neoplásicos (adenomas e carcinomas) ou não neoplásicos (hamartomatosos, inflamatórios, hiperplásicos ou metaplásicos). Em média, 70 % dos pólipos são adenomatosos (lesões pré-malignas que antecedem o câncer colorretal em 10 a 15 anos). A detecção precoce de lesões pré-neoplásicas no intestino grosso é importante na prevenção de neoplasia intestinal. O exame padrão-ouro é a colonoscopia, na qual realiza-se a polipectomia e a biópsia com análise histopatológica, permitindo classificação da lesão e o seu potencial de malignização, além de ressecção, diminuindo a morbimortalidade. Análise de prontuário de um caso de polipose. Paciente masculino, 47 anos, casado, jornalista. Refere há 72 horas língua perfurada, parageusia, secreção em orofaringe pela manhã e incomodo intestinal. Possui antecedentes de gastrite, polipose intestinal, herpes zoster, esteatose hepática e hemangioma cerebral e epilepsia em uso de Trileptal e Pantogar. Apresentou teste de tolerância à lactose positivo e níveis elevados de TGP, triglicérides, colesterol e gama-GT. Durante a consulta demonstrou labilidade emocional. As pesquisas de doenças auto-imunes, sorologia e marcadores tumorais foram negativas. Realizou-se dosagem de lítio (abaixo dos parâmetros de normalidade) e tomografia computadorizada de abdome e ressonância magnética (esteatose hepática, três nódulos hepáticos e hemangiomas). Após 1 ano e meio, paciente iniciou acompanhamento com nutricionista e suspensão da ingesta de lactose, com melhora do quadro. Uma nova biopsia evidenciou adenoma tubular com displasia de baixo grau em cólon ascendente e pólipos inflamatórios desde antro gástrico até reto. Após 2 anos, paciente refere poucos sintomas. Foi realizado EDA e colonoscopia de acompanhamento (persistência dos pólipos inflamatórios em todo trato gastrointestinal e pólipo hiperplásico em cólon). O estudo dos pólipos tem um significado clínico importante na diminuição da incidência e diagnóstico precoce do câncer colorretal. Programas de rastreamento permitem detecção e remoção, interrompendo a progressão adenoma-câncer. Apesar de não existir uma política de rastreamento pelo Ministério da Saúde, a pesquisa de sangue oculto nas fezes e a colonoscopia realizados periodicamente diminuiriam a morbimortalidade por essa neoplasia, que corresponde a quinta neoplasia maligna mais prevalente no Brasil.

Palavras chave: Polipose Intestinal, Câncer Colorretal, Rastreamento.

IV CONGRESSO INTERNACIONAL
DE CIRURGIA GERAL

2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



POSITIVIDADE E EFICÁCIA NO TRATAMENTO DA HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA MACIÇA COM USO DA ANGIOGRAFIA. RELATO DE CASO.

Mariana Storino Conte, Giulia Sestini, Karoline Jacob Casaroti, Ana Laura Arroyo Teixeira, Raphael Raphe, Gabriel Antonio Cabriott Dumbra

FACERES

Introdução: Hemorragia digestiva baixa (HDB) é o sangramento agudo originário de lesão situada abaixo do ângulo de Treitz. Acometendo preferencialmente indivíduos idosos, ao redor dos 60 anos, devido ao aumento da incidência de diverticulose e angiodisplasia. A mortalidade é variável, podendo chegar a 20%. A colonoscopia é o principal método diagnóstico, porém, em casos de sangramento maciço, o exato local de sangramento pode não ser detectável; tem suas limitações ligadas à ausência do preparo intestinal adequado. A angiografia digital, apesar de pouco sensível, é altamente específico (100%). É um método invasivo, que necessita de pelo menos 0,5 ml/min para detecção da hemorragia. Entretanto, quando um foco é identificado, há possibilidade terapêutica eficaz. A angiografia digital é um método largamente utilizado na HDB quando a colonoscopia é negativa para a identificação do sítio do sangramento ou quando é necessária uma intervenção terapêutica. Relato de Caso: MAMS, feminino, 71 anos, internada na emergência com enterorragia, hipotensão, taquicardia, palidez. Antecedentes: HAS e DDC. Em uso de AINEs. Foi transferida para UTI para estabilização. Exames da admissão: hemoglobina: 5,7g/dl hematócrito:16,5%. Feita transfusões de hemoderivados recebendo um total de 11 unidades de concentrado de hemácias e 2 unidades de PFC. Em preparação para a colonoscopia apresentou nova enterorragia com hipotensão necessitando de colonoscopia de urgência, que evidenciou grande quantidade de sangue por todo o colón, não identificando o local do sangramento. Solicitado arteriografia que constatou sangramento ativo, maior que 0,5 ml/min no ceco alimentado por ramo da artéria íleo-ceco-cólica. Após o cateterismo superseletivo desse ramo vascular foi ocluído cola cirúrgica com resultado satisfatório e estancamento da hemorragia. Relato de Caso Conclusão: A HDB é uma emergência frequente, com importantes taxas de morbimortalidade, necessitando de diagnóstico e conduta o mais breve. A angiografia apesar de invasiva e pouco sensível, é um método rápido, independente de preparo, com alta especificidade, capaz de localizar a hemorragia, além de possuir potencial terapêutico. Nesse caso, como a colonoscopia não evidenciou foco de sangramento.

Palavras chave: Hemorragia Digestiva Baixa, Angiografia, Relato de Caso



PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES DA ADRENALECTOMIA: REVISÃO DA LITERATURA

Rennan Moreira, Matheus Lopes Puls, Murilo Chiodini Berto

Universidade de Araraquara

A adrenalectomia cirúrgica é realizada para tumores benignos (hormonalmente ativos ou não funcionais) e malignos através de três formas: transabdominalmente, retroperitonealmente e transtoracicamente, sendo a transabdominal a mais utilizada. A melhor abordagem para a adrenalectomia continua a evoluir à medida que os cirurgiões desenvolvem seus conhecimentos através da cirurgia minimamente invasiva principalmente utilizando a técnica transabdominal em diferentes contextos clínicos. Independentemente das abordagens cirúrgicas, a adrenalectomia é um procedimento desafiador que, em geral, só deve ser realizado por cirurgiões com treinamento especializado. Tais cirurgias realizadas por profissionais qualificados foram associadas a menores riscos de complicações. OBJETIVOS: Descrever as principais complicações da adrenalectomia baseado na literatura especializada com o objetivo de reduzir intercorrências. Buscou-se nas bases de dados Medline (acessada via Pubmed), SciELO, Scopus e biblioteca Cochrane de 1 janeiro de 2017 a 4 de agosto de 2017 artigos utilizando como descritores Adrenalectomy complications, Total Adrenalectomy e Partial Adrenalectomy. Realizou-se a seleção inicial dos artigos com base nos títulos e resumos e, após verificação do conteúdo apropriado, buscou-se o texto completo, não havendo critério de exclusão quanto ao tipo do estudo. Obteve-se 132 artigos do período de 2016 a 2017 e, destes, selecionaram-se 15 artigos que respondiam satisfatoriamente aos objetivos deste trabalho. Foram priorizados os artigos mais atuais, de mais alto fator de impacto e nível de evidência, como revisões sistemáticas. Foi utilizada a classificação de Clavien-Dindo e a classificação de Satava para qualificar as complicações ocorridas. Dentre as complicações da adrenalectomia estão: lesões do diafragma, lesão da veia renal, lesão da veia adrenal, laceração do baço, lesão da veia cava, hematoma retroperitoneal, hérnia incisional, fístula pancreática, hiponatremia, lesão intestinal e choque cardiogênico. Obter o conhecimento das complicações da adrenalectomia, o controle intra-operatório e o manejo adequado da hemostasia é crucial para prevenir danos e futuras intercorrências e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

Palavras chave: Adrenalectomia, Complicações

IV CONGRESSO INTERNACIONAL
DE CIRURGIA GERAL

2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC



CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP

PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES DA TIREOIDECTOMIA: REVISÃO DA LITERATURA

Rennan Moreira, Matheus Lopes Puls, Murilo Chiodini Berto

Universidade de Araraquara

O resultado pós-operatório observado nas cirurgias de tireoide é, normalmente, imputado a fatores relativos às condições do paciente, à natureza da tireopatia, à experiência do cirurgião e ao tipo de cirurgia realizada. Assim, as percentagens de resultados indesejáveis nas tireoidectomias podem variar consideravelmente, assumindo-se como tal a persistência ou recidiva da doença de base e a ocorrência de complicações pós-cirúrgicas. Dentre as complicações observadas nas tireoidectomias, estas podem ser divididas em transitórias ou definitivas. As transitórias podem variar de graves ocorrências, com risco de vida, até eventos leves, sem maior significado. As complicações definitivas, cuja prevalência é variável, constituem-se na principal preocupação de quem trata as tireopatias de indicação cirúrgica. Tem interesse médico-cirúrgico pois o hipoparatiroidismo, a complicação mais frequente, possui uma incidência que varia entre 0,5 e 65%. Buscou-se nas bases de dados Medline (acessada via Pubmed), SciELO, Scopus e biblioteca Cochrane de 1 janeiro de 2017 a 3 de agosto de 2017 artigos utilizando como descritores Thyroidectomy complications, Total thyroidectomy e Partial Thyroidectomy. Realizou-se a seleção inicial dos artigos com base nos títulos e resumos e, após verificação do conteúdo apropriado, buscou-se o texto completo, não havendo critério de exclusão quanto ao tipo do estudo. Obteve-se 112 artigos do período de 2012 a 2017 e, destes, selecionaram-se 15 artigos que respondiam satisfatoriamente aos objetivos deste trabalho. As principais complicações da tireoidectomia são: hipoparatiroidismo, paralisia do nervo laríngeo recorrente e hemorragia. Nesta a ligadura deve ser realizada para evitar esta complicação. Sabe-se que a ligadura cirúrgica pode causar reação tecidual. Suturas que são absorvíveis e têm baixo risco para reação tecidual devem ser escolhidas. O hipoparatiroidismo é a complicação mais frequente. O dano ao nervo laríngeo recorrente pode ser transitório ou permanente, unilateral ou bilateral, sendo esta associada a episódios graves de falta de ar. Possuir o conhecimento das complicações, o controle intra-operatório de nervos e o manejo adequado da hemostasia é crucial para prevenir danos e futuras complicações.

Palavras chave: Complicações, Tireoidectomia



RADIOTERAPIA NEOADJUVANTE EM CANCER DE RETO BAIXO ESTAGIO I – CLINICA REIS NETO, CAMPINAS – SP

Regina Greilberger, Milossi Estheisi Romero Machuca, Antonio José Tibúrcio Alves Jr, Luciane Hiane de Oliveira, Joaquim Simões Neto, José Alfredo Reis Neto

Clínica Reis Neto

A taxa de mortalidade no câncer do reto baixo está relacionada com a incidência de recorrência local, nos primeiros 5 anos. Para os tumores estágio I, a excisão local vem sendo cada vez mais utilizada, mas estudos recentes mostraram uma maior taxa de incidência de recorrência local. Portanto, radioterapia pré-operatória deve ser considerada mesmo para estes tumores, como uma tentativa de prevenir a recorrência e fornecer cura. Um estudo de coorte em um banco de dados prospectivo foi feito com um total de 75 pacientes considerados como o câncer de reto baixo estágio I. Radioterapia pré-operatória de longa duração 4500 cGy foi realizada neste grupo selecionado de pacientes e acompanhados por um período mínimo de cinco anos. O grupo estágio I / T1 teve 27 pacientes. Todos os pacientes apresentaram resposta completa ao tratamento e não houve necessidade de cirurgia. Em cinco anos de acompanhamento, não houve recorrência. O grupo estágio I / T2 tinha 48 pacientes. Após a radioterapia neoadjuvante, 8 pacientes tiveram de ser submetidos a cirurgia por lesão persistente. Estes foram submetidos a excisão local, mas o resultado anatomopatológico não mostrou nenhum caso de câncer residual. Apenas 1 paciente deste grupo apresentou recidiva (metástase pulmonar). Irradiação pré-operatória de 4500 cGy não só reduziu a taxa de recorrência e mortalidade local, mas também reduziu a indicação para cirurgia em pacientes com câncer de reto baixo no estágio I.

Palavras chave: Câncer de Reto, Neoadjuvância, Radioterapia.



RARO CASO DE ISQUEMIA GÁSTRICA AGUDA EM PACIENTE IMUNOSSUPRIMIDA: RELATO DE CASO

Eric Tiago Raimondi, Alane Miranda Leite, Diego Rodrigo Dametto, Bruno Peron Coelho da Rocha

FAMERP

A isquemia gástrica é uma condição rara devido a rica vascularização e a rede de anastomoses gástricas. O primeiro relatório de infarto gástrico foi de Cohen, em 1951, após uma série de autópsias realizadas ao longo de 12 anos. Múltiplos fatores foram citados para a causa de isquemia, entre eles: motivos vasculares, mecânicos, infecciosos, iatrogênicos e idiopáticos. Clinicamente apresenta-se com quadro inicial de dor abdominal, com evolução a peritonite, sepse e, caso não seja tratada, óbito. Relato de caso baseado em prontuário e literatura médica. M.C.F.S. 23 anos, feminina, portadora de leucemia linfóide aguda B, imunossuprimida pelo tratamento hematológico, evolui com hematêmese e dor epigástrica refratária a analgesia. Em investigação, endoscopia digestiva evidencia mucosa gástrica com áreas enegrecidas, com fibrina e tomografia abdominal mostrou parede gástrica espessada com pneumoperitônio pequeno. Evolui com instabilidade hemodinâmica, tendo indicação cirúrgica de laparotomia. Com perfuração e necrose de fundo gástrico, foi optado por gastrectomia total e jejunostomia. Apesar de tratamento intensivo, o quadro culminou com óbito. Múltiplas condições foram associadas ao quadro de isquemia gástrica: vasculares, químicas, mecânicas, infecciosas e outras. Bactérias como: Streptococcus beta hemolítico, estirpes de Escheria coli e Clostridium, são relacionadas a condição. A patogênese não é clara, embora fatores incluam gastrite crônica, maior idade, alcoolismo, hipoacidez, desnutrição e imunossupressão. Alguns achados podem ajudar a estabelecer o diagnóstico dessa lesão como a presença de ar dentro da parede gástrica, visto na tomografia computadorizada, e a aparência endoscópica da mucosa gástrica com o espessamento irregular e coloração purpúrea acompanhadas de difuso exsudado e erosão. Assim que esta patologia é aventada, o tratamento deve ser instituído. Cirurgicamente é descrito a laparotomia com ressecção gástrica parcial, ou total, a depender do acometimento estomacal. Também é citado o tratamento clínico não cirúrgico. Neste caso temos uma paciente com imunossupressão, sem sinais para evento vascular com quadro sugerindo causa infecciosa para a isquemia gástrica apresentada. Com progressão rápida e desfavorável, evolui ao óbito.

Palavras chave: Isquemia Gástrica Aguda, Gastrite Necrotizante, Cirurgia.



RECONSTRUÇÃO DE BOLSA ESCROTAL APOS SINDROME DE FOURNIER

Sthênio Garcia Martins, Ana Paula Penezi, Leonardo Victor Câmara Figueiredo Pedreira, Betânia de Azevedo Grandal Coelho, Gabriela de Fátima Batista Peloso, Aline Bentzen Fonseca Amorim

Hospital Municipal Dr. Mário Gatti de Campinas

A Gangrena de Fournier é uma infecção multibacteriana causada por microorganismos aeróbios e anaeróbios que atuam de maneira sinérgica, determinando uma fasciíte necrotizante que acomete as regiões genital, perineal e perianal, principalmente. Seu tratamento inclui antibioticoterapia de amplo espectro, desbridamento cirúrgico, oxigenoterapia em câmara hiperbárica. O desbridamento resulta em perda da cobertura de toda a bolsa escrotal com exposição dos testículos, sendo necessária posterior realização de retalhos ou enxerto de pele total. Realizamos a aplicação de um retalho fasciocutâneo súpero-medial de coxa para cobertura do defeito sob a bolsa escrotal, utilizando a rica e densa rede arterial da região interna da coxa, proposto por Ferreira et al. em 2006. O paciente apresentou boa evolução pós-operatória, com alta hospitalar no dia seguinte e retirada do dreno de portovac em 10 dias. Evoluiu com pequena quantidade de seroma, puncionado no vigésimo dia de pós-operatório. Mantém acompanhamento ambulatorial, com boa cicatrização e cobertura local, sem áreas de deiscência ou sinais infecciosos.

A Síndrome de Fournier é uma patologia infecciosa grave, rara, de rápida progressão, que acomete a região genital e áreas adjacentes, caracterizada por uma intensa destruição tissular, envolvendo o tecido subcutâneo e a fáscia. Após o estabelecimento do diagnóstico, a conduta inicial é a estabilização do paciente desde o ponto de vista metabólico (controle de glicemia), hemodinâmico (líquidos e drogas vasoativas) e antibiótico de largo espectro, devido às bactérias aeróbicas e anaeróbicas; seguido de desbridamento cirúrgico amplo dos tecidos necróticos e desvitalizados. Os retalhos locais são excelentes alternativas para reconstrução da bolsa escrotal devido a região do períneo apresentar um gama rede anastomótica de vasos sanguíneos. Em nossa série, apresentamos um caso de paciente vítima de síndrome de Fournier que foi submetido a desbridamento com exposição testicular, sendo necessária reconstrução de bolsa escrotal com retalho fasciocutâneo súpero-medial de coxa interna direita para cobertura do defeito. Conclusão: O retalho descrito para reconstrução da bolsa escrotal e perineal, principalmente pós Síndrome de Fournier, proporciona facilidade e versatilidade, de execução rápida, com vantagens de ser utilizado em várias situações clínicas.

Palavras chave: Gangrena de Fournier; Bolsa Escrotal; Retalhos Cirúrgicos;



RECONSTRUÇÃO DE DEFORMIDADE MAMÁRIA APÓS RESSECÇÃO DE TUMOR BENIGNO

Mariana da Cruz Campos, Sergio Martins de Miranda, Sandrine da Silva Miranda, Luciana da Silva Pombo

UNIFESO

Excetuando o câncer de pele não melanoma, o câncer de mama é o segundo tipo de tumor maligno mais frequente no Brasil e no mundo, e o mais comum em mulheres. Dentre eles encontramos o tumor Phyloide, fibroepitelial, raro, correspondendo a menos de 1 % dos casos, sendo um tumor de mama benigno capaz de malignizar-se. Caracterizado por nódulo de crescimento rápido, indolor, bordas bem definidas e em raros casos infiltrativo. A incidência ocorre em mulheres com idade entre 35-55 anos. Relato de caso D.C.F.S, feminina, 27 anos, evoluiu com quadro de rápido aumento da mama esquerda, evidenciando na biópsia tumor Phyloide benigno. Foi realizada a ressecção do tumor, que posteriormente evoluiu com deformidade na cicatriz cirúrgica e retração do complexo areólo-mamilar. Em 11 de agosto de 2016 foi internada eletivamente no Hospital das Clínicas de Teresópolis Constantino Ottaviano, para reconstrução da mama e correção da cicatriz cirúrgica resultante da deformidade após mastectomia. Na cirurgia corretora foi realizada ressecção da cicatriz prévia e reconstrução da mama, em que foi utilizado implante de silicone submuscular texturizado perfil natural de 370 ml. Também foi realizado nesse ato cirúrgico o enxerto do complexo areólo-mamilar que encontrava-se na área de retração cicatricial, esse que evoluiu com pega de 100 %. Além de ser um tumor de apresentação rara na população, nesse caso, nos deparamos com uma paciente de 27 anos, evidenciando uma maior raridade no caso. Após a cirurgia com correção da cicatriz e implante da prótese, a paciente, apresentou boa evolução, melhora significativa do aspecto da mama submetida a mastectomia, tendo uma mama de características e tamanho o mais próximo do seu natural. Esses procedimentos tem a capacidade de melhorar a auto estima das pacientes. Neste caso em especial, contribui de forma importante na qualidade de vida da paciente que ainda é jovem e encontrava-se com seqüela deformante interferindo na sua vida social.

Palavras chave: Câncer de Mama, Tumor Phyloide, Reconstrução



ID. do Trabalho: 555

RECONSTRUÇÃO LABIAL COM RETALHO DE KARAPANDZIC APOS EXERESE DE CARCINOMA LABIAL: UM RELATO DE CASO

BÁRBARA MARIA TARRAF MOREIRA, BRUNA MARIA AREDE PACHECO, NUBIA CAROLINE RODRIGUES, ANTONIO CARLOS ROMA JUNIOR

FACERES - SAO JOSE DO RIO PRETO - SAO PAULO - BRASIL

Os lábios tem participação fundamental na mímica facial, articulação da fala, deglutição e contenção de secreções salivares. Do ponto de vista estético, os lábios têm impacto na imagem, autoestima e qualidade de vida. Sendo assim, a reconstrução labial deve visar primariamente o restabelecimento funcional da área lesada, e de nada adianta um bom resultado estético com incapacidade funcional.

Este relato de caso se baseou em coleta de dados no prontuário de um paciente com carcinoma espinocelular em lábio inferior desde o pré operatório até o resultado final.

Relato de caso: paciente, N.G., 50 anos, masculino; procurou atendimento médico devido a lesão há 8 meses. Apresentava tumor em lábio inferior que acometia 80% dos lábios, com aspecto de carcinoma espinocelular. Ultrassom cervical para pesquisa de linfonodos metastáticos teve resultado sem alterações, além de hemograma, glicemia, eletrólitos e eletrocardiograma todos dentro da normalidade. Foi indicada ressecção de quase todo lábio inferior e reconstrução com retalho Karapandzic bilateral. Paciente evoluiu com microstomia sendo realizada uma segunda cirurgia após 3 meses de comissuroplastia para aumentar a abertura dos lábios. Posteriormente, realizou-se um terceiro procedimento cirúrgico para avançar a vermelhidão dos lábios com a intenção de melhorar a estética.

Discussão: retalho de Karapandzic foi o método utilizado nesse caso para a reconstrução, o mesmo consiste em uma técnica a qual preserva o feixe vasculonervoso, consistindo em incisões semicirculares, estendendo-se das margens inferiores da lesão às asas nasais. Incisa-se pele e subcutâneo, isolando o músculo orbicular oral, já a mucosa é incisada de acordo com a necessidade. O feixe neurovascular deve ser isolado e preservado cuidadosamente e as duas margens do retalho são unidas, suturando as bordas do músculo orbicular, pele e mucosa, respeitando a estética. A vantagem é a preservação da mímica facial e sensibilidade da região labial. Em contrapartida, pode apresentar microstomia. Entretanto, costuma apresentar boa resposta ao tratamento conservador, com fisioterapia e dilatação. Em casos graves pode requerer realização de comissuroplastias.

Conclusão: o retalho de Karapandzic tem como princípio a preservação dos feixes neurovasculares dos retalhos, o que mantém a sensibilidade e a mímica facial.

Palavras chave: Carcinoma espinocelular e retalho de Karapandzic

IV CONGRESSO INTERNACIONAL
DE CIRURGIA GERAL

2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



RELATO DE CASO - ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO POR CISTO DE DUPLICAÇÃO INTESTINAL EM ÍLEO TERMINAL.

Alexandre Petreca, Luis Augusto Antunes Glover, Mayara Angélica Campos, Deise Cristina Vasques Cardoso Seba, Almir Alamino Lacalle, Guilherme Moraes Teixeira

UNIFEV

As duplicações do tubo digestivo (DTD) são malformações congênitas raras que podem ocorrer em qualquer porção do tubo digestivo e se apresentam habitualmente na primeira década de vida, mais comum sexo feminino. O intestino delgado é o órgão mais acometido. Apresentação clínica geralmente inicia com dor e distensão abdominal evoluindo para abdome agudo obstrutivo. A raridade destas malformações leva-nos à apresentação deste caso clínico. Estudo retrospectivo, coleta de dados em prontuário do paciente. A.O., 9 meses, vômitos incoercíveis e parada de evacuação há 2 dias, sem melhora com uso de sintomáticos. Mãe nega febre, alergias e queixas urinárias. Antecedente: traço falciforme, uso de fórmula infantil, sem doenças de base e cirurgias prévias. Exame físico: bom estado geral, anictérica, afebril, cardiopulmonar normal, abdome ruído normoativo, distendido, doloroso à palpação em hemi-abdome direito, DB negativa. Saída de grande quantidade de fezes e muco após enteroclitismo com pouca melhora abdominal. Laboratoriais: hemograma completo, urina e PCR normais. Imagem: radiografia de abdome agudo: distensão de alças de delgado com empilhamento de moeda, sem pneumoperitônio. USG de Abdome Total: colelitíase, pequena quantidade de líquido livre, alças difusamente distendidas sem fator obstrutivo. Diversas tentativas de reintrodução da dieta, sem aceitação satisfatória e com distensão abdominal e vômitos. Nova radiografia de abdome com distensão de delgado, empilhamento de moeda, espessamento de parede de alças, ausência de gás no reto, ausência de pneumoperitônio. Sem melhora com tratamento clínico, piora do padrão abdominal e radiológico, optou-se por abordagem cirúrgica. Laparotomia exploradora evidenciando tumoração sólido-cística em íleo terminal de aproximadamente 5 cm de diâmetro causando obstrução com dilatação a montante; cólon normal. Ressecado segmento com cisto, anastomose término-terminal. Paciente apresenta boa evolução clínica no pós-operatório com alta hospitalar sem intercorrências. Biópsia sem malignidade, evidenciando cisto de duplicação intestinal e margens cirúrgicas livres. As DTD são malformações raras, de etiopatogenia incerta, e pode acometer todo o tubo digestivo, sendo mais frequente no intestino delgado. Manifesta-se de maneira inespecífica, podendo causar obstrução intestinal e seu tratamento é a ressecção cirúrgica.

Palavras chave: Duplicações do Tubo Digestivo (DTD), Obstrução Intestinal, Malformações Congênitas.

IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIRURGIA GERAL 2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



ID. do Trabalho: 641

RELATO DE CASO - PERFURAÇÃO DE VIA BILIAR CALCULOSA COM PERITONITE APOS SAIDA DE PROTESE DE VIA BILIAR DE SUA POSIÇÃO ORIGINAL

ANDERSON CESAR GONÇALVES, LUIS AUGUSTO ANTUNES GLOVER, GUILHERME MORAES TEIXEIRA, ALMIR ALAMINO LACALLE, DEISE CRISTINA VASQUES CARDOSO SEBA

UNIFEV - VOTUPORANGA - SAO PAULO - BRASIL

Em adultos as perfurações de vias biliares(PVB) são extremamente raras e descritas após procedimentos invasivos levando à morte por peritonite biliar. É uma causa incomum de abdome agudo dificilmente suspeitada e diagnosticada. A média de idade dos relatos é 6ª década de vida. O local de perfuração mais comum é o ducto colédoco e as causas mais comuns erosão por cálculos, calculose com colangite, divertículo de colédoco, cirrose, pancreatite calcificada, edema de papila, câncer de vesícula, tumor viloso duodenal, ducto hepático anômalo, colecistite acalculosa e idiopática. O objetivo desse estudo é relatar o caso de perfuração de via biliar calculosa com peritonite após saída de prótese de via biliar de sua posição original.

Estudo Retrospectivo, coleta de dados em prontuário do paciente.

A.C., 67 anos, dor em cólica em hipocondrio direito há 3 dias, icterícia e febre. Nega colúria, acolia, sangramentos, doenças de base e cirurgias prévias. Exame físico: regular estado geral, icterícia 2+/4+, cardiopulmonar normal, abdome flácido, globoso, doloroso a palpação de andar superior e de flanco direito, normopercussão, Murphy positivo. Laboratorial apenas anemia leve; Leucócitos: 27.500 sem desvio. RX de abdome agudo corpo estranho linear de aproximadamente 12 cm de comprimento em região epigástrica; USG de Abdome Total vesícula biliar sem distensão e com cálculos, vias biliares intra e extra-hepáticas sem dilatações. Colangiressonância: Colecistolitíase vesícula biliar de parede espessada, provavelmente vesícula escleroatrófica; coledocolitíase com moderada dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas. Paciente evoluiu bem até 6º dia de internação, quando apresenta queda do estado geral, distensão abdominal, piora da dor e aumento de leucocitose. Indicado laparotomia exploradora evidenciando grande quantidade de bile (aproximadamente 3L) em cavidade abdominal, perfuração 1,3 cm na lateral do colédoco. Colecistectomia, exploração de vias biliares através da perfuração existente retirada de inúmeros cálculos de até 1,5 cm diâmetro, colangiografia intra-operatória, colocação de tubo "T", Transversotomia, Retirada de corpo estranho em colon transversal, Colorrafia.

A PVB é uma condição rara, de difícil diagnóstico e alta morbimortalidade. O seu tratamento é cirúrgico e consiste em exploração da via biliar com reparo e colocação de um tubo "T".

Palavras chave: PERFURAÇÃO DE VIAS BILIARES (PVB)

ABDOME AGUDO

PERITONITE BILIAR

IV CONGRESSO INTERNACIONAL
DE CIRURGIA GERAL

2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



RELATO DE CASO – PSEUDO OBSTRUÇÃO INTESTINAL (POI) E LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO (LES)

Anderson Cesar Gonçalves, Luis Augusto Antunes Glover, Guilherme Moraes Teixeira, Almir Alamino Lacalle, Deise Cristina Vasques Cardoso Seba

UNIFEV

O LES é uma doença inflamatória crônica, autoimune, multissistêmica, de causa desconhecida e presença de autoanticorpos. O quadro clínico pode surgir de forma isolada ou em conjunto. As lesões cutâneas são de grande importância diagnóstica, mas as alterações musculoesqueléticas, cardiovasculares, renais, neurológicas e no trato gastrointestinal (TGI) colaboram para sua confirmação. No TGI podem manifestar-se por peritonite asséptica com ascite, hepatite, pancreatite, vasculite mesentérica levando à isquemia e perfuração intestinal, obstrução intestinal, POI entre outras. O propósito desse estudo é relatar um caso de POI como manifestação sistêmica de LES. Estudo transversal, individual, observacional e retrospectivo, realizado através de consulta. Relato de Caso P.D., 48 anos, sexo masculino, internado no Serviço de Cirurgia, com vômitos, distensão abdominal e diarreia há 10 dias e piora da dor nos últimos 3 dias. Exame físico apresentou dor a palpação em região epigástrica. Imagens radiológicas do abdome mostraram distensão líquida e nível hidroaéreo em intestino delgado, sem fator obstrutivo, com hemograma normal. Após dois dias de internação o paciente evoluiu com piora da dor abdominal e presença de secreção fecalóide na sonda nasogástrica, optando-se por intervenção cirúrgica. No intra-operatório foi realizada liberação de aderências sem evidenciar o fator obstrutivo, além de área enantematosa de delgado. No pós-operatório imediato, o paciente apresentou cianose de membros inferiores, superiores e escroto. Evoluiu no pós-operatório sem a melhora esperada, apresentando quadros recorrentes de distensão abdominal e vômitos. Foram realizadas provas imunológicas, FAN nuclear pontilhado grosso > 1:1280 + AntiSM + Anti RNP + Anti DNA + fosfolípidos reagentes, sugerindo POI secundária ao LES. O paciente foi tratado com pulsoterapia de metilprednisolona 1g durante três dias e depois prednisona oral, obtendo boa resposta do quadro. A POI secundária ao LES é caracterizada por obstrução intestinal sem fator orgânico, prevalente em mulheres e pode ser a primeira manifestação da doença. Manifesta-se com dor abdominal, vômitos, constipação, diarreia e perda de peso. O diagnóstico é realizado por imagens radiológicas, características clínicas e marcadores sorológicos positivos para LES. O tratamento é feito com corticoesteróides, associado ou não a imunossupressores.

Palavras Chave: Pseudo Obstrução Intestinal (Poi); Lupus Eritematoso Sistemico (Les)

IV CONGRESSO INTERNACIONAL
DE CIRURGIA GERAL

2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



RELATO DE CASO - TITULO: A IMPORTANCIA DO DIAGNOSTICO E DO TRATAMENTO PRECOCE DA IMPERFURAÇÃO ANAL

Luis Gustavo Figols Rachella, Juliana Pascon dos Santos

UNIMAR

Introdução: Imperfuração anal é uma anomalia anorretal congênita, com mal desenvolvimento embriológico do ânus, reto e trato urogenital. Incidência de 1:5000 nascidos vivos, mais prevalente em meninos. No sexo feminino, o defeito mais comum é a fístula retovestibular, seguido da fístula perineal. A associação de anomalias está presente em 60% dos casos, sendo o mais freqüente o refluxo vesicoureteral. Após o nascimento, o bebê pode apresentar indícios da malformação, como incontinência fecal e urinária, e constipação intestinal. O diagnóstico é feito pelo exame clínico com o tratamento cirúrgico. Objetivo: Enfatizar a importância do diagnóstico e tratamento precoce do ânus imperfurado, a investigação de outras anomalias congênicas e o acompanhamento clínico. Relato de Caso: R. M. R., sexo feminino, apresentando ânus imperfurado e fístula retovaginal ao exame físico neonatal. Realizado ecocardiograma, que descartou anomalia cardíaca, e ultrassom abdominal com megaureter esquerdo. No primeiro dia de vida, apresentou sepse neonatal precoce e foi realizado colostomia. Realizada uretrocistografia miccional, que evidenciou refluxo vesico ureteral grau V à esquerda com acentuada dilatação de todo sistema pielocalicial e do ureter. Ao exame urográfico de excreção, acentuada dilatação ureteropielocalicial à esquerda, além da cintilografia renal realizada com DMSA e DTPA com função glomerular deprimida em grau discreto à esquerda. Aos oito meses, feita anoretoplastia sagital posterior e dilatações retais seriadas no pós cirúrgico. Aos 11 meses, iniciou a reconstrução do trânsito intestinal e retirada de colostomia. Paciente mantém acompanhamento de anomalia renal com cintilografias periódicas, apresentando cicatrizes nos pólos e borda lateral do rim esquerdo, além de manter o padrão anterior. Evolui com constipação intestinal após restauração do trânsito, necessitando de acompanhamento clínico. Conclusão: O diagnóstico precoce do ânus imperfurado é de extrema importância para realização de cirurgia de urgência e investigação de anomalias associadas. Apesar do tratamento cirúrgico adequado, há uma significativa incidência de casos com constipação e incontinência fecal. O acompanhamento clínico é indispensável para minimizar o impacto da disfunção intestinal e das anomalias associadas.

Palavras chave: Imperfuração Anal, Anomalias Congênicas, Constipação, Incontinência Fecal.



RELATO DE CASO - TRICOBEOZOAR GÁSTRICO

Lanusse Christyne Medeiros, Pedro Henrique Romani Lauand, Leticia Amalia Freitas Santana, Flávio Rodrigues de Almeida

Universidade de Uberaba

Os bezoares são definidos como toda e qualquer formação encontrada no trato digestivo composta, puramente, a partir do acúmulo de diversas substâncias deglutidas. Estas substâncias podem ser fibras vegetais (fitobezoar), gordura animal, antiácidos, resina, plástico, látex e ainda cabelos ou pelos (tricobezoar). Bezoares gástricos são raros, causam sintomas inespecíficos e normalmente são encontrados acidentalmente em pacientes submetidos a endoscopia gastrointestinal ou a outros exames de imagem. As informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário e da literatura. Descrição do Caso: A.J.T.C., feminino, 6 anos, foi admitida no Hospital da Criança de Uberaba com queixa de dor abdominal, hiporexia e constipação intestinal há 2 semanas, associada a ingestão de cabelo há 6 meses. Ao exame físico, a paciente apresentava-se descorada, mas em boas condições gerais, com presença de grande massa epigástrica de aparente molde gástrico com aproximadamente 20 cm de diâmetro, sugestivo de bezoar. Solicitado ultrassonografia de abdome total que evidenciou massa em localização topográfica gástrica, de etiologia a esclarecer. Levada à laparotomia, a paciente foi submetida à gastrotomia anterior, com remoção de um volumoso tricobezoar, medindo 30 x 8 cm, o qual moldava todo o fundo, corpo e antro gástrico. A paciente evoluiu sem intercorrências no pós-operatório, medicada com cefalotina e sintomáticos durante a internação, recebendo alta hospitalar no 7º P.O. com encaminhamento para Centro de Referência no Atendimento Infanto-Juvenil (CRAI) para suporte psicológico e psiquiátrico. Na suspeita de bezoar, o diagnóstico deve ser o mais precoce possível para efetivo tratamento e benefício do paciente. Os métodos conservadores para o tratamento do tricobezoar nem sempre são possíveis, pois oferecem riscos acessórios de perfuração gástrica e obstrução intestinal. O tratamento cirúrgico é o mais eficaz e, por isso, dominante, levando a remoção direta da massa. Devido à possibilidade da existência de uma associação entre tricobezoares e desordens psiquiátricas é necessário o encaminhamento, e acompanhamento adequado, de todos os pacientes para avaliação e apoio psicológicos, uma vez que são importantes e necessários para propiciar melhor qualidade de vida ao paciente e prevenir as complicações e recidivas, já que estas são frequentes e o tratamento plenamente justificável.

IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIRURGIA GERAL 2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



RELATO DE CASO DE UM PACIENTE JOVEM COM SARCOIDOSE

Herlon Escorsi Valério, Paolla Patrícia de Oliveira Lulho, Mariana Mary Murakami, Isabela Lúcio Galete, Eliane Berton, Mariana Morais Castro e Silva

UNIFEV

A Sarcoidose (SA), doença inflamatória, sistêmica, granulomatosa e não caseosa. Mais comum em pessoas de 50 anos é uma patologia de origem indefinida que pode acometer qualquer órgão, sendo os pulmões afetados em 90% dos casos. Sinais e sintomas incluem eritema e/ou edema de mucosas, bronquiolite, estenose brônquica, tosse, dispneia, sibilos, bronquiectasias, sintomas inespecíficos, como febre, mialgia, fraqueza, linfadenopatia e raramente o Sistema Nervoso Central (SNC) é afetado. Análise de prontuário. Paciente, masculino, 18 anos, com antecedente de diarreias e manifestações disabsortivas, devido à atrofia de vilosidades, procurou atendimento por apresentar surtos psicóticos, associados à fraqueza, indisposição e emagrecimento. Ao exame físico constatou-se somente linfadenomegalia (LM) cervical direita. Os exames complementares, hemograma, hepatograma, proteína C reativa, anticorpo antiestreptolisina O (ASLO), Epstein Barr, anticorpo anti-Saccharomyces cerevisiae (ASCA), coprocultura fecal e sorologia para leishmaniose visceral, foram todos negativos. Ultrassonografia cervical com linfonodos jugulodigástricos, textura heterogênea e vascularização acentuada, indicando melhor investigação. A biópsia excisional foi compatível com SA e a conduta foi prescrição de prednisona e metotrexato, melhorou após três meses e foi suspenso o tratamento. Após um ano, tomografias de tórax, abdome e pescoço evidenciaram nódulos pulmonares, esplenomegalia homogênea, LM cervical e em hilo hepático. Sendo reiniciado prednisona, cálcio e metotrexato e a comorbidade mantém-se controlada. A SA atinge o SNC em cerca de 5% dos casos, caracterizando a Síndrome de Heerfordt, na qual ocorrem alterações neurológicas e psíquicas, como a psicose, além de leptomeningite, acometimento de nervos cranianos, disfunção hipotalâmica e pituitária, massas intraparenquimatosas e paralisia facial, sinal presente em 50% dos pacientes e em geral transitório e bilateral. A maioria das disfunções associadas a SA resultam da presença física dos granulomas nos tecidos. O diagnóstico é confirmado com o exame histopatológico fazendo-se necessária exclusão de outras patologias granulomatosas como Beriliose e infecções por micobactérias e fungos. Não existe um exame definitivo para a doença e geralmente a afecção neurológica é diagnóstica após a sistêmica, devido à não especificidade dos sintomas neurológicos.

Palavras chave: Sarcoidose; Síndrome Disabsortiva; Psicose



RELATO DE CASO DE UMA COLECISTECTOMIA QUE EVOLUIU PARA COLEPERITÔNIO

Laila Morais Nahass Franco, Paloma Feitosa Pinho Gomes, Pâmela Oliveira Tannús, Jardel Borges Silva, Igor Duarte Rodrigues, Adão Jair de Souza

Faculdade Atenas - paracatu - Minas Gerais - Brasil

A colecistectomia é um procedimento muito utilizado para tratamento da litíase vesicular, sendo a videolaparoscopia considerada o método padrão ouro. No entanto, a colecistectomia aberta ainda é realizada devido à falta de equipamentos acessíveis ou por falta de aptidão em cirurgia laparoscópica. Apesar de ser um procedimento seguro, algumas vezes podem ocorrer situações como o coleperitônio, complicação independente da via acesso, que exige reintervenção no pós-operatório. Revisão bibliográfica e de prontuário. Homem, 67 anos, deu entrada no hospital para realizar cirurgia eletiva devido colelitíase. Realizou procedimento sem intercorrências no ato operatório. Após abordagem, paciente apresentou dor abdominal intensa, sem sinais de irritação peritoneal, associado à parada de eliminação de flatos e fezes, recusa alimentar, vômito bilioso e drenagem de secreção serohemática em ferida operatória, que evoluiu para secreção de conteúdo bilioso. Foi passado sonda nasogástrica sem débito. Sendo realizado reabordagem cirúrgica onde visualizou coleperitônio e identificou o canalículo de Luschka, com rafia e colocação do dreno de Portovack. Após cirurgia, o paciente evoluiu com melhora da dor, eliminação de fezes e flatos, e aceitação da dieta. A secreção biliar drenada diminuiu ao longo dos dias. Após doze dias de internação, paciente recebe alta em bom estado geral com encaminhamento para acompanhamento ambulatorial. As manifestações clínicas do coleperitônio variam de dor abdominal leve à irritação peritoneal. Geralmente é imediato no pós-operatório. A princípio levantou-se a hipótese de bilioma. Após a reabordagem concluiu-se que ocorreu coleperitônio leve sem irritação peritoneal. Foi evidenciada a presença do canalículo de Luschka, presente em 5 a 30% dos indivíduos com 1 a 2 mm. Este quando não rafiado pode gerar coleperitônio. Devido ao tamanho reduzido e por se tratar de cirurgia aberta pode passar despercebido, acarretando drenagem de bile para o peritônio. Logo em colecistectomias, deve se atentar para a rafia de tais canalículos para evitar possíveis complicações no pós-operatório.

Palavras chave: Colecistectomia; Presença do Canalículo de Luschka; Coleperitônio; Reabordagem

IV CONGRESSO INTERNACIONAL
DE CIRURGIA GERAL

2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC



CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP

RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA: GOSSIPIBOMA INTRA-ABDOMINAL, QUINZE ANOS ASSINTOMÁTICO?

Jéssica Barbosa Oliveira, Janduí Gomes Abreu Filho, Gustavo Alves Araújo Ferreira

Hospital Reginal da Ceilândia

O termo “Gossipiboma” diz respeito a uma matriz de material têxtil envolto por uma reação do organismo ao corpo estranho. É um evento relativamente frequente (incidência entre 0,15% e 0,2%) e o local mais acometido é a cavidade abdominal. A apresentação clínica é variável. O diagnóstico baseia-se na investigação radiológica convencional, com ultrassonografia, tomografia computadorizada ou ressonância magnética. O tratamento de escolha é a remoção cirúrgica. Relato de caso e revisão de literatura. L.V.S, sexo masculino, 35 anos, branco, sem comorbidades, com dor abdominal em hipocôndrio direito, de moderada intensidade, associado a náuseas e vômitos, sem alteração do hábito intestinal, há sete dias. Ao exame físico apresentava cicatriz xifo-pubiana, abdome plano, flácido, levemente distendido, com timpanismo difuso e dor a palpação em hipocôndrio direito, Murphy negativo e Blumberg negativo, sem massas abdominais. Sem alterações laboratoriais. Antecedente cirúrgico de laparotomia exploradora há 15 anos, por trauma abdominal fechado (acidente automobilístico). A tomografia computadorizada (TC) com contraste revelou material amorfo heterogêneo, em hipocôndrio esquerdo, encapsulado, medindo 10x 7,5 cm, cuja principal hipótese diagnóstica era Gossipiboma. Foi submetido a laparotomia exploradora, com achado de múltiplas aderências de delgado, alças friáveis e cólon com abscesso volumoso. Foi realizada a lise das aderências, onde se identificou corpo esponjoso intraluminal obstruindo totalmente a luz do delgado. Realizada enterectomia de 40 cm de jejuno com anastomose termino-terminal, seguido por revisão de cavidade, colocação de dois drenos de penrose em flancos, contagem de compressa e fechamento por planos. O paciente evoluiu bem no pós-operatório, sem intercorrências, recebendo alta hospitalar. Os Gossipibomas representam um problema temerário na medicina, pois além das complicações para o paciente, temem-se seus impactos na relação médico-paciente e suas implicações médico-legais. Deve-se manter o cuidado com a contagem de compressas e verificação dos instrumentais cirúrgicos antes e após as cirurgias. Nesse relato, o corpo estranho foi identificado 15 anos após a cirurgia, envolto por uma cápsula fibrosa e aderido ao intestino. Foi descoberto de maneira acidental e em um período superior a estimativa de tempo de diagnóstico descrito na literatura.

Palavras chave:Gossipiboma; Corpo estranho.

IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIRURGIA GERAL 2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



RELATO DE CASO: ABDOME AGUDO PERFURATIVO COMO COMPLICAÇÃO DA RETOCOLITE ULCERATIVA

Nicole Okushiro Ayres, Fabiano Roberto Fugita, Luiz Henrique Bernardinelli Lopes, Samer Majid Ghadie, Danielle Plaza Hamessi

UEMS

A retocolite ulcerativa (RCU) é uma doença idiopática que cursa com inflamação da mucosa intestinal do cólon e do reto, apresentando distribuição simétrica e contínua. Junto com a doença de Chron, constituem as principais causas de doença inflamatória intestinal. Descompensações clínicas, originadas da reativação da doença, geram graves quadros agudos abdominais. Trata-se de um relato de caso. Informações colhidas através do prontuário, entrevista e registro fotográfico. Paciente de 26 anos, sexo feminino, estudante, branca, solteira, vegana há 4 anos. Paciente com diagnóstico de RCU há quatro meses, em período remissivo. Procurou serviço de emergência apresentando enterorragia, febre, dor em fossa ilíaca direita e mais de 20 evacuações. Ao exame físico: hipocorada (+3/+4), com dor abdominal difusa, descompressão brusca dolorosa em epigástrio e sem sinais de peritonite. Exames laboratoriais: hemoglobina de 10 mg/dL, leucócitos de 34180/mm³ com 38% de bastões, proteína C reativa de 27 mg/L e raio x abdominal com pneumoperitônio, distensão gasosa de alças intestinais e líquido livre na cavidade abdominal. Realizou-se colectomia total com ileostomia terminal, sendo observados, vários pontos de necrose salteada e perfuração, evidente, em ceco e cólon transverso. No 12º dia pós operatório (PO), apresentou evisceração e sangramento ativo pela ferida operatória. Realizou-se reabordagem cirúrgica evidenciando sangramento difuso de alças, coágulos e intenso edema. Confeccionou-se uma bolsa de Bogotá e hemostasia com compressas em cavidade. Durante o seguimento do PO em centro de terapia intensiva, realizou-se três laparotomias exploradoras seriadas com presença de múltiplas áreas desserosadas e manutenção da peritoniostomia. No 29º dia PO, paciente apresentou melhora clínica e diminuição de edema de alças, possibilitando o fechamento da peritoneostomia. Paciente seguiu com antibioticoterapia e acompanhamento multiprofissional em ambiente de enfermaria. Após a evolução clínica e laboratorial favoráveis, recebeu alta hospitalar. A perfuração intestinal, como complicação da RCU, deve ser prontamente diagnosticada e tratada, porém, mesmo com o pronto atendimento, a taxa de mortalidade se perfaz superior a 50%. Faz-se importante a rápida identificação sintomatológica e clínica para que o início das condutas terapêuticas não alterem o prognóstico do quadro emergencial.

Palavras Chave: Retocolite Ulcerativa; Abdome Agudo Perforativo; Bolsa de Bogotá.



RELATO DE CASO: ADENOMA DUODENAL TRATADO POR ENDOSCOPIA

Luciano Beltrão Pereira, Victor Antonio Peres Alves Ferreira Avezum, Gustavo de Carvalho Gurian, Paulo Roberto Scarpante, Edmar Toscano de Britto Neto, Fernando Tadeu Vanucci Coimbra

FAMERP/FUNFARME

O adenoma duodenal esporádico (SDA) é raro, sendo encontrado em menos de 5% dos pacientes referidos para Endoscopia digestiva alta (EDA). Ainda não há consenso em qual a terapia e o seguimento de escolha devido a raridade desta patologia, porém a abordagem endoscópica tem evoluído bastante e se mostrado muitas vezes o tratamento de escolha. Trata-se de um estudo transversal retrospectivo, caso clínico. Foi revisado prontuário e exames do paciente. Também foi feita uma revisão da literatura no Pubmed usando como palavras chaves adenoma e duodeno. Masculino, 61 anos, em acompanhamento ambulatorial devido dor em região epigástrica de leve intensidade, pós prandial, associado a empachamento e perda ponderal de 20 kg no período.

Quanto aos antecedentes, apresentava HAS e DM, em uso de metildopa, metformina e glibenclâmida. Além disso, é ex-etilista e ex-tabagista. Submetido a endoscopia digestiva alta que evidenciou: esôfago normal, estômago normal, lesão de crescimento lateral (Fig. 1), não granular, plana, medindo aproximadamente, 1,2cm, de coloração discretamente pálida em relação a mucosa adjacente localizada na segunda porção do duodeno. Realizado biópsia de lesão: adenoma tubular com displasia de baixo grau. Realizado nova endoscopia para exérese de lesão, sendo observada em 2ª porção duodenal lesão de crescimento lateral (Fig. 2), medindo aproximadamente 2,5cm, de coloração semelhante à mucosa adjacente. Realizado melhor avaliação de lesão com cromoscopia (Fig. 3), procedendo com elevação de submucosa com soro fisiológico, seguido de mucosectomia em corte puro (Fig. 4). Em região de 2ª para 3ª porção lesão de crescimento lateral (Fig. 5), não granular, plana, medindo aproximadamente, 1,2cm, de coloração discretamente pálida em relação à mucosa adjacente (LST NG-F). Realizado melhor avaliação de lesão com cromoscopia (Fig. 6), procedendo com elevação de submucosa com soro, seguido de mucosectomia em corte puro (Fig. 7). O adenoma duodenal tem a evolução parecida com o do intestino grosso, porém por localizar-se em região mais delicada difere-se o tratamento. Sendo os principais fatores de decisão: tamanho >2cm ; displasia alto grau e localização. Quanto maior e mais agressivo favorece a realização de cirurgia; quanto menos, a EDA. O seguimento varia de 3-6 meses pós ressecção. Este caso mostrou o sucesso e a menor morbidade da terapia endoscópica empregada.

Palavras chave: Adenoma, Duodeno, Endoscopia



RELATO DE CASO: CARCINOMA HEPATOCELULAR CLASSICO EM ADOLESCENTE

Pedro Ribeiro Rosa, Paulo Henrique Gratão Rezende, Gustavo Braga Faria, Paulo Henrique Sousa Fernandes

Universidade Federal de Uberlândia

Paciente diagnosticado com carcinoma hepatocelular clássico (CHC) submetido à lobectomia hepática direita estendida por videolaparoscopia, apresentando evolução favorável. Os tumores primários do fígado são incomuns em jovens, representando 0,5-2% de neoplasias nessa faixa etária. Relato de caso de paciente admitido no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU) com CHC submetido a lobectomia hepática estendida por videolaparoscopia, em que dados foram obtidos por meio da análise de prontuários. J.P.V.S., 14 anos, sexo masculino, foi admitido na enfermaria do HC-UFU no dia 29/05/2017, para investigação de massa abdominal, com história de perda ponderal de 15 kg em dois meses e dor abdominal difusa de forte intensidade há 1 ano associada a náuseas e vômitos pós alimentares. Ao exame físico, presença de massa abdominal palpável a 7 cm da margem costal direita e sorologias negativas. Realizou ressonância magnética, evidenciando volumosa lesão expansiva heterogênea acometendo segmentos inferiores do lobo hepático direito, de aspecto lobulado e limites parcialmente definidos. Exames laboratoriais apresentaram-se normais, com alteração apenas na alfa fetoproteína, encontrando valor de 40020 ng/ml. No dia 20/06/2017, foi realizada lobectomia hepática direita estendida por videolaparoscopia com ressecção dos segmentos hepáticos IVa e IVb. Na biópsia, vê-se neoformação tecidual com áreas de necrose e hemorragia medindo 19,5 x 18 x 4,5 cm, e diagnóstico de CHC (grau I de Edmondson-Steiner) com invasão de vasos de paredes finas e extensão extracapsular; estadiamento de T3N0. Após cirurgia, evoluiu sem queixas, com importante melhora do estado geral, recebendo alta no 4º dia de pós-operatório com abdome normal, ferida operatória em bom estado. Segue em acompanhamento ambulatorial sem sinal de recidiva do tumor. CHC é neoplasia maligna com origem no fígado, com maior incidência em homens de idade entre 50 e 60 anos. Pelo fato desse tumor ser oligossintomático em sua fase inicial, o diagnóstico é mais comum em fases avançadas. Suas principais opções terapêuticas são transplante e lobectomia hepática. Hoje a realização desta por via laparoscópica é uma realidade no Brasil. Em casos de paciente jovem, não apresentando cirrose hepática e com equipe cirúrgica bem treinada, a lobectomia hepática estendida por videolaparoscopia apresenta bom prognóstico.

Palavras chave: Carcinoma Hepatocelular Clássico; Lobectomia hepática; Videolaparoscopia; Adolescente;

IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIRURGIA GERAL 2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC



CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP

RELATO DE CASO: HERNIA DE SPIEGEL.

Thiago Maicon Matos De Oliveira Rodrigues, Diego Garcia Muchon, Matheus Carpenedo Fraire, Mariana Ferreira Fernandes, Pedro Deak Almeida, Gabriel Francisco Pereira Aleixo

Hospital Regional de Presidente Prudente

As hérnias de Spiegel são hérnias raras da parede abdominal representando apenas 1 a 2%. As hérnias localizam-se lateralmente ao músculo reto abdominal e inferior ao nível do umbigo. O sintoma mais comum referido pelos doentes é de dor e, menos frequentemente, de tumefação (o que é relevante no diagnóstico diferencial de uma hérnia da parede anterior). O diagnóstico é difícil e requer alto nível de suspeição, podendo ser necessário recorrer a exames de imagem para confirmar o diagnóstico e excluir outras causas de tumefação da parede abdominal. Estas hérnias têm habitualmente indicação cirúrgica pelo risco de encarceramento que pode ocorrer em cerca de 25% dos doentes. A cirurgia pode ser por abordagem anterior, com ou sem colocação de prótese sintética, ou por abordagem laparoscópica. O objetivo deste artigo é descrever o caso clínico de uma hérnia rara e analisar as diferentes abordagens cirúrgicas descritas na literatura. Relato de caso comparando dados do caso com as descrições na literatura. Paciente possuía uma hérnia rara (hérnia de Spiegel), 57 anos, diâmetro do colo herniário de 2,3 cm por meio da tomografia de abdome, localizada na faixa de Spiegel, queixava-se apenas dor abdominal no quadrante inferior direito há 2 anos, sem outros sintomas. Paciente foi tratada cirurgicamente com herniorrafia e fixação de prótese de polipropileno por via aberta. Ao contrário da maioria das hérnias da parede abdominal anterior, o sintoma mais frequente é a dor e não a tumefação, motivo pelo qual o diagnóstico de HS é difícil, podendo ser necessário recorrer a exames de imagem para diagnóstico. Este caso descrito reitera a importância de um alto nível de suspeição perante a clínica de dor ao longo da aponeurose de Spiegel, em particular se for localizada inferiormente ao umbigo, e da necessidade de exames de imagem para o diagnóstico de HS. A HS deve ser sempre tratada cirurgicamente devido ao risco de encarceramento do conteúdo herniado. A escolha do procedimento para tratamento cirúrgico não se encontra fundamentada em estudos clínicos, no entanto é provável que o risco de recidiva seja menor com a colocação de prótese que com a utilização apenas de sutura para encerramento do defeito herniário. Assim, a escolha da abordagem cirúrgica deve basear-se nas características do doente e da hérnia, na disponibilidade dos meios técnicos e na experiência do cirurgião.

Palavras chave: Palavras chave: hérnia de Spiegel, hernioplastia, laparoscopia.

IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIRURGIA GERAL 2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



RELATO DE CASO: ILEO BILIAR

Samer Majid Ghadie, Luiz Henrique Bernardinelli Lopes, Maria Carolina Garbelini, Isabela Furtado Vincenzi, Majid Mohamad Ghadie, Danielle Plaza Hamessi

UEMS

O Íleo biliar (IB) é complicação rara da colelitíase, decorrente de uma comunicação anormal entre a via biliar e o tubo digestivo, a qual permite a migração de um cálculo biliar volumoso para a luz entérica. Desenvolve-se em 0,3% a 0,5% dos pacientes com colelitíase, com maior incidência em pacientes acima de 65 anos do sexo feminino. O diagnóstico é feito pela história clínica com auxílio de exames de imagem, embora muitas vezes o diagnóstico definitivo seja feito apenas no ato cirúrgico. O tratamento é eminentemente cirúrgico e as opções incluem enterotomia com exérese do cálculo somente ou em combinação com colecistectomia e reparo de fístula. Relato de caso. Informações colhidas na prática clínica. Paciente, 49 anos, indígena da etnia guarani, sexo feminino, natural e residente da aldeia Jaguapiru em Dourados-MS, foi admitida pelo Hospital da Vida com quadro de dor abdominal do tipo cólica em hipocôndrio direito, com dois dias de evolução, piora pós prandial, sem fatores de melhora, associado a náuseas e vômitos de aspecto fecaloides. Ao exame físico, apresentava regular estado geral, com abdome globoso, distendido, ruídos hidroaéreos presentes, doloroso à palpação superficial e profunda, sem sinais de defesa abdominal, timpanismo difuso e sinal de Murphy negativo. Na radiografia do abdome, evidenciou-se níveis hidroaéreos e empilhamento de moedas, e à tomografia computadorizada (TC) do abdômen, radiopacidade em segmento ileal terminal, sugestivos de obstrução intestinal. Ao realizar laparotomia exploradora, confirmou-se distensão de intestino delgado e presença de cálculo de 3,5 centímetros impactado em válvula ileocecal. Realizou-se enterotomia com enterolitotomia e enterorrafia. Não foi realizada a colecistectomia, pois a vesícula biliar não foi identificada durante a cirurgia, com evidência de bloqueio e aderências íntimas do leito hepático com o duodeno. A paciente não integra a faixa etária de maior incidência de IB nem possui comorbidades distratoras para o diagnóstico. Apresentou a tríade de Mordor (história de colelitíase, sinais de colecistite e obstrução intestinal) e à TC, a tríade de Rigler (pneumobilia, cálculo radiopaco ectópico e distensão intestinal), confirmando a suspeita de IB. O diagnóstico precoce dessa patologia é imprescindível para um tratamento cirúrgico bem sucedido, visando a redução das taxas de morbimortalidade.

Palavras chave: Íleo biliar, Abdômen Agudo Obstrutivo, Enterolitotomia



RELATO DE CASO: OBSTRUÇÃO INTESTINAL NA DOENÇA DE CROHN, QUANDO OPERAR?

Jéssica Barbosa Oliveira, Gustavo Alves Araújo Ferreira, Fernanda Maria Afonso Ferreira Madeira

Hospital Regional da Ceilândia

A doença de Crohn é um processo inflamatório crônico, de intensidade variável e transmural, que acomete normalmente intestino delgado e grosso, sendo diagnosticada geralmente entre segunda e terceira décadas de vida. Pode levar a complicações graves. O tratamento é clínico, devendo abordagem cirúrgica ser reservada aos casos refratários. Relato de um caso clínico e análise de literatura médica. D.S.M., 36 anos, sexo masculino, branco, portador de doença de Crohn e em tratamento clínico. Admitido com dor abdominal difusa, intensa, há quatro dias. Apresentava também astenia, hiporexia, vômitos, distensão abdominal e diarreia. A hipótese diagnóstica foi de gastroenterocolite aguda e mantido tratamento clínico. O paciente evoluiu com piora da distensão abdominal, parada de eliminação de flatos e fezes. O caso foi discutido com o gastroenterologista que o acompanhava, que sugeriu tratar-se de Ileíte terminal ou de megacólon por doença inflamatória intestinal e orientou otimização das medicações já em uso e iniciar esquema com antimicrobiano. O paciente foi submetido a videoretossigmoidoscopia, com achado de mucosa edemaciada, friável, com perda do padrão vascular submucoso e com pequenas ilhas de mucosa saudável de permeio e importante distensão gasosa, sugerindo colite crônica agudizada. Em razão da piora clínica e sem resposta a medida clínica instituída optou-se então pela laparotomia exploradora. No inventário da cavidade, foi evidenciado grande distensão de alças de cólon, causada por volvo intestinal. O volvo foi desfeito e realizado apendicectomia profilática, sendo esse o orifício utilizado como válvula para decompressão gasosa de cólon. O paciente evoluiu com melhora clínica, sem intercorrências no pós-operatório. Recebeu alta hospitalar para prosseguir acompanhamento clínico. A doença de Crohn pode gerar complicações graves, como megacólon tóxico e ileíte aguda, devendo ser feito diagnóstico diferencial com apendicite, colites infecciosas e retocolite ulcerativa. Portanto, é interessante a análise de que a agudização do quadro pode ter levado a distensão inicial do cólon que, secundariamente, fez um volvo e obstrução intestinal. Chama atenção nesse caso, o fato de o tratamento cirúrgico ter sido retardado devido a suspeita de agudização do quadro, não sendo levantada a hipótese de volvo intestinal, visto não tratar-se de uma complicação comum.

Palavras chave: Doença de Crohn; Abdome Agudo Obstrutivo; Volvo Intestinal



RELATO DE CASO: PACIENTE NO POS-OPERATORIO DE FOBI-CAPELLA QUE EVOLUI COM OBSTRUÇÃO INTESTINAL

Laila Morais Nahass Franco, Paloma Feitosa Pinho Gomes, Laís Gabriele Zambon, Thiago Sivieri, Thaesa Souza Leonardo, Géssyka Soares Castro

Faculdade Atenas

A cirurgia bariátrica, empregada principalmente para obesidade grau III, tem três modalidades: restritiva, disabsortiva e mista. Atualmente o padrão ouro é a modalidade mista (derivação gástrica em Y-Roux ou Fobi-Capella). A cirurgia de Fobi-Capella cria um reservatório gástrico, circundado por um anel que tem função de evitar a dilatação; a reconstituição do trânsito gastrointestinal se faz como uma alça de jejuno em Y de Roux. Em seu pós-operatório além das complicações metabólicas, pode surgir complicações como fístula, obstrução intestinal, entre outras. Em relação à obstrução intestinal, a principal causa é hérnia interna, relacionada ao pós-operatório tardio; a segunda causa mais comum é a obstrução na anastomose jejuno-jejunal, ocorrendo em média de 1,8% dos casos. Revisão de prontuário e literatura. K.Q.M, 48 anos, realizou há 9 anos cirurgia bariátrica de Fobi-Capella, apresentava IMC: 40, diabetes mellitus e hipertensão arterial. O procedimento foi realizado com colocação de anel de silicone e ocorreu sem intercorrência. No segundo dia de pós-operatório iniciou quadro de dor e distensão abdominal, vômitos e parada de eliminação de fezes e flatos. Ao RX foi evidenciado sinais de obstrução intestinal completa, logo, realizou-se laparotomia exploradora. Foi identificado torção completa da anastomose jejuno-jejunal com perfuração local, corrigiu-se a torção e colocou sonda de gastrostomia. A paciente ficou internada por mais 13 dias, evoluindo bem, recebeu alta e após 15 dias retornou para a retirada da sonda. Fez consultas e exames laboratoriais trimestral, atualmente os realiza anual. Refere uso de polivitamínico por 6 anos. Hoje, apresenta sem as doenças de base do momento cirúrgico, sem uso de medicações, sem alteração em nenhum exame laboratorial, e sem queixas. Obstruções precoces na jejunojejunostomia podem ser causadas pela torção intestinal, angulação aguda ou edema da anastomose, estenose, isquemia, entre outras. Estudos recomendam a decompressão gástrica com gastrostomia. A paciente supracitada teve o quadro clínico e a intervenção de acordo com a literatura e fez uso da sonda de gastrostomia tanto pela decompressão quanto pela perfuração. Logo, é necessária atenção para possíveis complicações como essa no pós-operatório de cirurgia bariátrica, pois o diagnóstico rápido e o manejo adequado fazem com que os pacientes evoluam com um bom prognóstico.

Palavras chave: Cirurgia Bariátrica; Fobi-Capella; Complicação no Segundo dia de Pós-Operatório; Obstrução Intestinal; Torção da Anastomose Jejunojejunal.



RELATO DE CASO: TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE PSEUDOANEURISMA DE ARTERIA VERTEBRAL APOS TRAUMA CERVICAL PENETRANTE

Aline Nunes Amaro, Alane Miranda Leite, Mabel Cristhina Rodrigues da Silveira, Carlos Dario da Silva Costa, Paulo Cesar Espada, Roberto Kaoru Yagi

Hospital de Base de São José do Rio Preto

Ferimentos penetrantes no pescoço representam 5-10% das lesões traumáticas em adultos. Lesões vasculares nem sempre são óbvias, e se não diagnosticadas podem levar a complicações como pseudoaneurismas, rupturas e fístulas arteriovenosas. Pacientes instáveis com hemorragia ativa devem ser abordados cirurgicamente. Aqueles hemodinamicamente estáveis podem ser submetidos a exame radiológico para investigação diagnóstica. A lesão de artéria vertebral é rara e representa menos de 1% das lesões vasculares. Seu manejo depende de sua localização e do tipo da lesão. A intervenção endovascular com stent revestido tem mostrado menor morbimortalidade em casos de lesões distais. Revisão de prontuário e literatura. Masculino, 29 anos, vítima de ferimento por arma branca em zona II cervical à direita, chega estável hemodinamicamente, mas com sangramento ativo. Indicada cervicotomia exploradora, durante a qual identificou-se sangramento volumoso em região paravertebral direita, controlado com obturação com cera óssea e uso de agente hemostático. Realizada angiogramia cervical no pós-operatório imediato que não mostrou escape de contraste. Em arteriogramia posterior foi identificado pseudoaneurisma em terço médio de artéria vertebral direita sendo, então, implantado stent revestido para sua correção. Com boa evolução, paciente teve alta assintomático após o procedimento. Segue em acompanhamento ambulatorial. Lesão de artéria vertebral por trauma cervical penetrante é rara, porém pode evoluir com complicações significantes como pseudoaneurisma. O tratamento endovascular destas lesões com uso de stent revestido tem se mostrado uma boa opção terapêutica.

Palavras chave: Ferimentos Penetrantes; Artéria Vertebral; Lesões do Pescoço

IV CONGRESSO INTERNACIONAL
DE CIRURGIA GERAL

2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



RELATO DE CASO: TAMPONAMENTO CARDÍACO AGUDO EM FERIMENTO POR ARMA BRANCA PENETRANTE

José Maurício de Brito Araujo, Débora Icelda Ramos Macedo

Hospital Municipal Dr Alípio Correa Neto

O tamponamento cardíaco agudo em ferimentos penetrantes por arma branca (FAB) ocorre em cerca de 80% dos casos. Geralmente o acometimento do hemitórax esquerdo é o mais frequente, apresentando-se com tamponamento cardíaco associado ou não ao choque. No entanto, tamponamento cardíaco tardio traumático é uma condição rara, que pode surgir semanas após o traumatismo, relacionado a novo sangramento ou pericardite, sendo diagnosticada por métodos diagnósticos disponíveis nos centros de emergência. Foi analisado um caso de paciente com ferimento cardíaco corto-contuso, evoluindo com tamponamento cardíaco atendido pelo serviço de Cirurgia Geral do Hospital Dr Alípio Correa Neto, cidade de São Paulo, SP. Entrevista e atendimento ao paciente, informações do prontuário, registro fotográfico de peça cirúrgica e resgate de exames complementares, além de revisão literária. Paciente, masculino, 22 anos, trazido à emergência. À admissão apresentava lesão única corto-contusa em precórdio, via aérea prévia, descorado, perfusão periférica diminuída, taquicárdico, hipofonese de bulhas cardíacas, murmúrio vesicular diminuído em hemitorax direito. Evoluiu com quadro clínico de tamponamento cardíaco, optando-se por intervenção cirúrgica de urgência após estabilização inicial. O acesso cirúrgico à cavidade torácica foi obtido por esternotomia mediana longitudinal. Realizada pericardiotomia com remoção de sangue e coágulos, além da evidência de duas lesões em ventrículo direito (VD) e lesão frênica à direita. Rafiadas as lesões cardíacas, realizou-se laparotomia exploradora onde não foram evidenciadas lesões intra abdominais. Após revisão da hemostasia, inseriu-se um dreno na cavidade pericárdica e outro na cavidade pleural, fechamento do tórax por planos e encaminhamento a Unidade Terapia Intensiva. O atendimento pré-hospitalar inicial é o principal dado prognóstico para sobrevivência. Ferimentos cardíacos penetrantes são estimados em menos de 10 casos admitidos ao ano dentre todas as admissões por trauma na maioria dos hospitais. Embora a toracotomia unilateral esquerda seja a via de acesso mais empregada na emergência a esternotomia é o acesso preferencial para lesões cardíacas. Cerca de 70% das lesões cardíacas ocorrem nos ventrículos, sendo 43% em VD. O presente relato demonstra um caso de tamponamento cardíaco por FAB com exame clínico, intra-operatório e radiográfico compatíveis

Palavras chave: Tamponamento Cardíaco; Ferimento por Arma Branca; Esternotomia Mediana



RENAL CELL CARCINOMA SHOWING AS LARGE ABDOMINAL MASS – CASE REPORT

Ana Penha Scaramussa Ofranti, Alexandre Coelho Guimarães, Lara Kneipp Costa Rossi, Alessandra Tieppo

EMESCAM

Renal Cell Carcinomas (RCCs) are the seventh most common histological type of cancer in the Western world. Currently, more than half of the RCCs are incidental discovery in imaging tests. There is a clear predominance of the male gender in about two thirds of the cases. The papillary variant is the second most common histological subtype of the RCCs, representing approximately 10%. This variant has two subtypes based on histological appearance and biological behavior, with quite distinct predictions. They tend to be solid, well-defined and slow-growing lesions. The only curative treatment available is radical surgery. In order to warn about this important differential diagnosis of abdominal mass, the present study was carried out. A 88-year-old patient, male, black, in May 2017 reported the presence of a painless palpable mass and hardened consistency in hypochondrium and left flank, without other associated symptoms. Laboratory tests showed hyperkalemia (5.8 mEq / L) and creatinine clearance CKD-EPI = 28.3 ml / min (DRC grade IV). Was subjected to CT scan of the abdomen that showed massive expansive nonspecific formation (20.1 X 15.7 cm). Exploratory laparotomy with visualization of mass in left hypochondrium retroperitoneal cystic feature compatible with the left kidney of approximate weight of 2.5 kg. Nephrectomy was performed and material delivered to biopsy. The histopathological diagnosis confirmed Papillary RCC type 2. Was not observed capsular invasion of renal hilum and ureteral margin. The diagnosis of the RCC is a challenge, because only 10% of patients have their classic triad (abdominal pain, hematuria and mass in flank). In relation to our case, studies show a variation of 17 to 63% of cases presenting as abdominal mass. Problematising this fact, the RCC is the type of carcinoma with higher malignancy in the genito-urinary system, which makes it essential to the research of markers that entitles its early diagnosis and prognosis. While the medicine advances in knowledge of this disease, should always the clinician put it as a differential diagnosis in cases of abdominal mass and the surgeon to be able to recognize it during the surgical act for its correct treatment.

Palavras chave: Renal Cell Carcinoma (RCC)

IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIRURGIA GERAL 2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



RESSECÇÃO E TRANSPLANTE PARA O TRATAMENTO DO CARCINOMA HEPATOCELULAR: FATORES QUE INFLUENCIAM A OPÇÃO TERAPÊUTICA, A PROPÓSITO DE UM CASO.

Karoline Jacob Casaroti, Mariana Storino Conte, Raphael Raphe, giulia sestini, Ana Laura Arroyo Teixeira, Gabriel Antonio Cabriott Dumbra

FACERES

Carcinoma hepatocelular (CHC) é a 3^o causa de morte por câncer no mundo e a 5^a neoplasia maligna mais comum. Cirrose hepática (CH) é encontrada em aproximadamente 90%, sendo o principal fator de risco. Diagnóstico pode ser feito pelo aumento da alfa-feto proteína (AFP) mais um exame de imagem (US com Doppler colorido, TC trifásica, RNM ou Angiografia) evidenciando lesão típica ou pela presença dessa lesão em duas modalidades de imagem. Os programas de vigilância permitem que mais pacientes sejam diagnosticados com doença potencialmente curável em fase inicial e possam utilizar dos tratamentos de ressecção hepática (RH) ou transplante hepático (TH). Considera-se para o prognóstico: o estadió tumoral, o grau de disfunção hepática, a condição geral do paciente e a eficácia. Relato de Caso: DGS, masculino, 58 anos, portador de CH por álcool, em avaliação de achado de nódulos hepáticas durante US de rotina e aumento de AFP. Antecedentes: DM, HAS, dislipidemia, alcoolismo e tabagista. Ao EF: anictérico, fígado há 3 cm do RCD, rombo, endurecido e indolor, ausência de ascite e flapping. Exames laboratoriais: AFP: 659,0 ng/mL. Hemoglobina: 10,8 g/dL, Hematócrito: 34.2%, Plaquetas: 121.000 mm³, INR: 1,16, GGT: 431 U/L, BT: 1,28 mg/dL, Albumina: 2,5 g/dL, Creatinina: 0,8 mg/dL e Glicemia: 226 mg/dL, apresentando CTP=B(7) e MELD=9. US com Doppler: CH, nódulo no seguimento VII de 2,4 cm de diâmetro, fluxo hepatofugal e colelitíase. RM e TC: hipertensão portal, veia porta de 15 mm, esplenomegalia, vasos colaterais, nódulos com discreto wash out (segmento VI/VII 2,5 cm e segmento VIII de 2,5). EDA: varizes esofágica de fino calibre e cicatriz pós-ligadura elástica. TC de tórax e cintilografia óssea ausência de metástase. Paciente foi orientado quanto às opções terapêuticas e optado por RH. O procedimento e o pós operatório se deu livres de intercorrências. Atualmente está livre de recidivas, função hepática preservada e sobrevida de 1,5 anos. Conclusão: Embora os critérios apresentados, não consideravam a ressecção como tratamento de escolha, esta decisão foi tomada analisando-se critérios como opinião do paciente, localização e tamanho das lesões, bilirrubinas normais, tempo de espera em fila para transplante e opção de transplante em possível resgate. A terapia não deve ser rigidamente seguida como um dogma, mas deve ser individualizada.

Palavras chave: Carcinoma Hepatocelular, Transplante, Ressecção

IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIRURGIA GERAL 2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



RESSONANCIA MAGNETICA COM CONTRASTE HEPATOBILIAR- ESPECIFICO NA CARACTERIZAÇÃO “ADENOMA X HIPERPLASIA NODULAR FOCAL”.

Daniel Alvarenga Fernandes, Ricardo Hoelz de Oliveira Barros, Thiago José Penachim, Elaine Cristina de Ataíde, Ilka de Fátima Santana Ferreira Boin, Nelson Marcio Gomes Caserta

FCM/UNICAMP

Na busca da acurada caracterização de lesões hepáticas focais, houve a introdução relativamente recente na prática clínica do ácido gadoxético como agente de contraste hepatobiliar- específico (AHBE) em ressonância magnética (RM). Importante uso da RM com AHBE tem sido na busca da diferenciação entre adenoma e hiperplasia nodular focal (HNF), lesões que possuem condutas distintas e cuja diferenciação por imagem pode ser um desafio diagnóstico. Não há conflitos de interesse nesta apresentação. Objetivo(s): Demonstrar o valor da RM com o uso do AHBE na caracterização de adenomas e HNFs. Estudo longitudinal do tipo coorte histórico. Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa institucional, foram selecionados 265 exames de RM em diferentes pacientes que utilizaram o ácido gadoxético, sendo 75 exames realizados na busca da diferenciação entre adenomas e HNFs. O padrão-ouro (diagnóstico definitivo) para HNF foi o padrão típico na RM associado a concordância e ausência de alterações por imagem (tomografia computadorizada e/ ou RM) por mais de três anos sem tratamento e o dos adenomas foi a confirmação histopatológica e/ ou padrão típico por RM com seguimento anual. Ambas (HNFs e adenomas) ocorreram com mais frequência no sexo feminino e em jovens; apresentaram intensa impregnação arterial e iso/hipossinal nas fases portal e equilíbrio. Os adenomas (n= 74 lesões em nove pacientes) tipicamente apresentaram-se com hipossinal nas fases hepatobiliares. As HNFs (n= 62 lesões em 45 pacientes) apresentaram-se com hipersinal nas fases hepatobiliares: homogêneo, heterogêneo ou periférico (este último sem hipossinal central). Em 26,6 % dos 75 exames (n=20) as lesões ainda permaneceram indeterminadas, e no seguimento de três anos permaneceram estáveis ou reduziram de dimensões. A ausência de cicatriz central, sangramento ou gordura intralesional estiveram presentes nestas lesões indeterminadas. Em um exame (1,3%) foram diagnosticados dois adenomas e duas HNFs. Embora a RM com AHBE auxilie na distinção entre adenomas e HNFs não caracterizados por outros métodos de imagem, algumas lesões podem ainda assim permanecer indeterminadas. O completo potencial da RM com AHBE deve ser estabelecido ainda mais, com perspectivas futuras na sua utilização incluindo estudo dos padrões de imagem na subtipagem dos adenomas, por exemplo.

Palavras chave: Adenoma; Hiperplasia Nodular Focal; Ressonância Magnética; Meios de Contraste; Contrastes Hepatobiliares.

IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIRURGIA GERAL 2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



RESSONANCIA MAGNETICA COM CONTRASTE HEPATOBILIAR-ESPECIFICO X TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTISLICE CONTRASTADA EM PACIENTES POTENCIAIS A CIRURGIA COM SUSPEITA DE METASTASES HEPATICAS DE CARCINOMA COLORRETAL.

Daniel Alvarenga Fernandes, Daniel Lahan Martins, Thiago José Penachim, Elaine Cristina de Ataíde, Ilka de Fátima Santana Ferreira Boin, Nelson Marcio Gomes Caserta

FCM/UNICAMP

Pacientes com metástases de câncer colorretal (CCR) têm na ressecção cirúrgica o único tratamento potencialmente curativo. Em pacientes com indicações cirúrgicas, devemos ter certeza de que não há lesões no remanescente hepático futuro. Com a introdução na prática clínica dos agentes de contraste hepatobiliares- específicos (AHBE) em ressonância magnética (RM), sua utilização em pacientes oncológicos potenciais à cirurgia hepática tem sido iniciada. Não há conflitos de interesse nesta apresentação. Objetivo(s): Comparar o valor diagnóstico da RM com AHBE em relação à tomografia computadorizada multislice com contraste (TC c/c) na confirmação ou exclusão de metástases hepáticas de CCR em pacientes potenciais à cirurgia. Estudo longitudinal do tipo coorte histórico. Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa institucional, foram selecionados 265 exames de RM que utilizaram o AHBE, sendo 32 exames realizados em pacientes com suspeita de metástases hepáticas por CCR potenciais à cirurgia. Realizada análise comparativa entre exames de TC c/c e RM com AHBE. Critério de exclusão: ausência de critérios diagnósticos definitivos (padrão-ouro- análise histopatológica) da lesão maligna analisada. Dos 32 exames de TC c/c com lesões indeterminadas em pacientes em avaliação para acometimento secundário por CCR, a RM com AHBE excluiu metástases em vinte deles (62,5%); em quatro exames (12,5%) de RM as lesões permaneceram indeterminadas, com seguimento inalterado por três anos; um exame de RM (3,1%) foi impossível de ser analisado por parâmetros técnicos (artefatos respiratórios). Em sete exames (21,8%) de RM com AHBE confirmou-se acometimento secundário hepático. A RM com AHBE mostrou-se superior em relação à TC c/c na identificação e caracterização de metástases de CCR especialmente menores que 1,0 cm. A RM com AHBE excluiu malignidade em lesões indeterminadas na TC c/c e aumentou a detecção e a caracterização de metástases hepáticas de CCR em relação à TC c/c. Embora ainda preliminares, os resultados são relevantes já que a identificação da metástase hepática é essencial para a melhora da sobrevida destes pacientes através da ressecção cirúrgica.

Palavras chave: Lesões Hepáticas Focais; Metástases; Ressonância Magnética; Meios de Contraste; Contrastes Hepatobiliares.

IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIRURGIA GERAL 2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



RETENÇÃO URINÁRIA COMO ETIOLOGIA NO ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO

Victor Antônio Peres Alves Ferreira Avezum, Erisvaldo Ferreira Cavalcante-Júnior, Marco Antônio Ribeiro-Filho, Leticia Vieira Guerrer, Andres Menacho Abularach, Sérgio Luiz Aparecido Brienze

FAMERP

Mulher, 42 anos, com histórico de constipação crônica, vem com queixa há 5 dias de dor abdominal, difusa, associada a parada de eliminação de fezes. Há 1 dia passou a apresentar retenção urinária, distensão e piora da dor abdominal. Na admissão, apresentava-se estável hemodinamicamente e com abdome distendido, hipertimpânico, doloroso difusamente a palpação, sem evidência de massas palpáveis, ruídos hidroaéreos presentes. Toque retal com ampola vazia sem fezes em dedo de luva. Exames laboratoriais com leucocitose e desvio à esquerda, creatinina 4,4 e urina I com leucocitúria. Radiografia de abdome agudo evidenciou distensão de cólon, com perda de haustrações. Submetido a sondagem vesical com saída de 6 litros de urina. Após a diurese, paciente apresentou melhora importante da dor abdominal e exame físico normal. Foi submetida a tomografia de abdome que não evidenciou alterações, evoluindo satisfatoriamente, recebendo alta hospitalar após um dia de internação. Relato de caso de paciente com obstrução colônica devido a retenção urinária aguda que evoluiu satisfatoriamente após sondagem vesical de demora. A retenção urinária aguda (RUA) é uma urgência urológica de alta prevalência, sendo relativamente incomum em mulheres com uma incidência neste gênero em torno de 3 casos em 100.000 pessoas por ano. Quanto à etiologia, nas mulheres, temos: prolapso de órgãos pélvicos, cistocele, massas pélvicas, drogas, infecção, anestesia e déficits neurológicos como possíveis causas de RUA. Já no sexo masculino, temos a hiperplasia prostática benigna, neoplasia prostática e vesical, constipação, drogas, pós-operatório, infecção, estenose de uretra, ureterolítase, fimose ou parafimose. Múltiplas medicações podem interferir no complexo mecanismo da micção, cursando com RUA. Dentre as possíveis medicações, temos: anticolinérgicos, antipsicóticos, antidepressivos, opioides, anestésicos. A RUA pelo fato de comprimir extrinsecamente o cólon, pode se manifestar como abdome agudo obstrutivo, gerando exames ou até mesmo intervenções cirúrgicas desnecessárias, aumentando os riscos e a morbidade dos pacientes.

Palavras chave: Retenção Urinária, Abdome Agudo Obstrutivo, Obstrução Colônica



RETOSSIGMOIDECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA PARA TRATAMENTO DE NEOPLASIA DO RETO SUPERIOR COM ACHADO INCOMUM

Andressa Sardini Dainezi, Marco Aurelio Dainezi, stefano sardini dainezi

FACERES

A busca por procedimentos menos invasivos e dolorosos, abriu as portas para que, a introdução da videolaparoscopia na década passada, representasse uma marcante mudança nos paradigmas das práticas cirúrgicas. O procedimento, obedecendo os preceitos oncológicos, se tornou um ótimo acesso para tratamento neoplásicos de reto e cólon. O mesmo foi utilizado como meio de estudo e paralelamente, demonstrado, através de slides e áudio-vídeo, um caso de tratamento de câncer de reto associado a um achado pouco comum. Foi relatado, sob forma de slides e áudio-vídeo, um caso de um paciente de 50 anos, sexo feminino, com diagnóstico de câncer do reto superior. É demonstrado, que no inventário da cavidade, encontra-se um divertículo de meckel perfurado por corpo estranho de origem vegetal, com sinais inflamatórios locais. Detalhes da dissecação no sentido mesocólon-lateral, ligadura da artéria e veia mesentérica, liberação do ureter, liberação do cólon descendente, angulo esplênico e confecção da anastomose colo retal são demonstrados no vídeo. O procedimento demonstrou a total factibilidade de tratamento de neoplasia retal através de videolaparoscopia. Por haver menor agressão e menor manipulação das estruturas, a dor do pós operatório, a incidência de infecções e a formação de aderências é ainda menor, levando a uma redução no período de internação hospitalar e melhores resultados estéticos. Visto que, inicialmente a laparoscopia tinha caráter eminentemente diagnóstico, a mesma caminhou, posteriormente, de atos terapêuticos simples para as operações ditas avançadas e de alta complexidade. Somado a tal, conclui-se que, a videolaparoscopia, tornou-se um ótimo acesso para tratamentos de neoplasias do cólon e reto, obedecendo preceitos oncológicos, com visão ampla da cavidade abdominal, permitindo, conseqüentemente, diagnosticar e tratar doenças concomitantes encontradas no inventário da cavidade.



ID. do Trabalho: 651

RUPTURA ESPLENICA TARDIA APOS TRAUMA ABDOMINAL FECHADO—UM ESTUDO DE CASO

SAYRA RAYANE TITOTO LABRE, NORRARA AMANDA TELES MARTINS, FERNANDA MELO PRATA MENDONÇA, THAÍS NUNES VARGAS, FABIANO ALVES SQUEFF, MÁRCIO MATIAS OLIVEIRA

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEVANGÉLICA - ANÁPOLIS - GOIAS - BRASIL

O baço constitui a víscera maciça mais frequentemente acometida no trauma abdominal fechado, principalmente em politraumatizados. Ao longo dos anos, os métodos de imagem, principalmente a tomografia computadorizada e, a modernização das Unidades de Terapia Intensiva, possibilitaram o tratamento conservador em pacientes com lesão esplênica hemodinamicamente estáveis. No entanto, a falha no tratamento conservador, pode desencadear quadro grave de dor abdominal, hemoperitônio e choque.

Realizou-se a revisão de prontuário médico, o acompanhamento do ato cirúrgico e da evolução do paciente no pré e pós operatório, em um Hospital Filantrópico de Anápolis e concomitante pesquisa bibliográfica nos sites da área da saúde.

Paciente, DCR, masculino, 20 anos, admitido na Emergência da Santa Casa de Anápolis-GO apresentando sinais de irritação peritoneal e choque hipovolêmico grau IV. Havia sofrido trauma motociclístico há 10 dias. Paciente foi prontamente reanimado com cristaloides aquecidos, plasma fresco e concentrado de hemácias e encaminhado para laparotomia exploradora que evidenciou volumoso hemoperitônio e laceração esplênica com volumoso hematoma periesplênico – ruptura em dois tempos. Realizado esplenectomia. Recebeu alta no quinto dia de pós- operatório.

Ao longo dos últimos 40 anos, a aplicação de tratamento conservador de lesões esplênicas, modificou de sobremaneira a conduta em pacientes com trauma esplênico, possibilitando substituir a esplenectomia, antes tratamento de escolha, em pacientes vítimas de trauma abdominal fechado. A possibilidade de tratamento conservador apresentou inúmeras vantagens, dentre elas o menor tempo de internação hospitalar, diminuição da necessidade de hemotransusão e a possibilidade de preservação de órgão com função imunológica. A falha no tratamento conservador deve-se à hemorragia persistente, o desenvolvimento de pseudoaneurisma de artéria esplênica e a rotura de hematoma capsular-ruptura em dois tempos. Conseqüentemente, faz-se necessário a cirurgia imediata. O diagnóstico de ruptura esplênica pode ser realizado através de ultrassonografia e tomografia computadorizada de abdome, que tem acurácia de 97%. A orientação e seguimento adequados dos pacientes estáveis hemodinamicamente é imprescindível quando se determina a alta hospitalar, pois cerca de 15% dos pacientes podem apresentar ruptura esplênica tardia.

Palavras chave:



SARCOMA DE EWING/TUMOR NEUROECTODERMICO PRIMITIVO DO RIM: UM RELATO DE CASO

Paulo Henrique Gratão Rezende, Pedro Ribeiro Rosa, Guilherme Leonel Gomes Cunha, Gustavo Braga Faria, Paulo Henrique Sousa Fernandes

Universidade Federal de Uberlândia

J.C.S.J., masculino, 11 anos, foi admitido no Hospital de Clínicas da UFU (HC-UFU) em agosto de 2006 referindo dor abdominal e com massa palpável ocupando o hipocôndrio direito, epigástrico e parte do hipocôndrio esquerdo, direcionando-se para fossa ilíaca direita, sendo diagnosticada neoplasia sarcomatosa renal de alto grau de malignidade após biópsia. Em fevereiro de 2007, devido à ineficiência da quimioterapia e evolução neoplásica que causava compressão de veia cava e importante circulação colateral, o paciente foi submetido à ressecção total do sarcoma renal associada à ressecção dos segmentos hepáticos V, VI e VII e também ressecção de segmento da veia cava. Nesta ocasião o diagnóstico foi revisado e análise imuno-histoquímica confirmou tratar-se na verdade de Tumor Neuroectodérmico Primitivo (PNET) renal recidivado. Em 2008 houve nova recidiva neoplásica, desta vez em parede abdominal. Em agosto de 2008 procedeu-se nova laparotomia exploradora e exérese das áreas tumorais (parede abdominal, omento maior, loja renal e biópsias linfonodais). Em dezembro de 2010, evidenciaram-se novas recidivas abdominais e no mesmo mês o paciente foi submetido à ressecção das mesmas com esplenectomia, gastrectomia parcial e pancreatectomia caudal. Paciente faleceu em maio de 2011 devido à evolução da doença.

O estudo incluiu artigos da base de dados PubMed com as seguintes palavras-chave: renal PNET, Ewing sarcoma. O material utilizado foi o prontuário do paciente disponível no HC-UFU. Após nefrectomia radical, paciente continuou com a quimioterapia. Outras intervenções cirúrgicas foram necessárias devido à recidiva do PNET.

O Tumor Neuroectodérmico Primitivo (PNET) é um tumor maligno de pequenas células redondas de provável origem na crista neural. São classificados dentro da família dos sarcomas de Ewing devido à semelhança imuno-histoquímica, citogenética e histológica. O PNET de rim é raro, de alto poder metastático, possui comportamento clínico agressivo e acomete principalmente crianças e jovens adultos do sexo masculino. A expectativa de vida dos pacientes é de aproximadamente 5 anos (45% a 55% dos casos) e seu tratamento inclui interação de procedimentos como a quimioterapia, as ressecções cirúrgicas e a radioterapia.

Palavras chave: Renal PNET, Ewing Sarcoma



SARCOMA EPITELIOIDE DE PENIS EM PACIENTE DE 22 ANOS: RELATO DE CASO

Lucas Sant'Anna Beage, Renan Cabral Cognette, Bárbara Sgavioli Massucato, Bruna Alvernaz de Faria, Wesley Justino Magnabosco

Faculdade de Ciências da Saúde de Barretos

O sarcoma epitelióide é um tumor de partes moles de alto grau, evoluindo de processos inflamatórios a tumores benignos e malignos. Esta patologia mesenquimatosa rara e agressiva ocorre principalmente em adultos jovens. Apenas 18 casos de envolvimento peniano foram encontrados na revisão de literatura até então. Foi realizada revisão retrospectiva das informações em prontuário médico. Paciente masculino, 29 anos, com tortuosidade peniana procurou serviço médico, sendo feita a hipótese de doença de Peyronie. Devido o aspecto atípico da lesão (fibrose fusiforme), realizou-se a biópsia, que evidenciou sarcoma. Encaminhado ao hospital de referência onde foi feito estudo imuno-histoquímico, confirmando a hipótese inicial. O exame físico mostrou fibrose peniana extensa – do corpo cavernoso à região púbica – e linfonodos palpáveis na região inguinal esquerda, móveis e fibroelásticos. A ressonância magnética evidenciou lesões com realce pós-contraste em metade distal do pênis e em terço proximal do corpo cavernoso direito, medindo 3,5 x 5cm e 1,2cm. Sem evidências de metástases à distância. O paciente foi submetido à penectomia total e à uretrostomia perineal e posteriormente encaminhado à radioterapia. O anatomopatológico confirmou presença de sarcoma epitelióide de alto grau e comprovou margem uretral livre de comprometimento neoplásico. Paciente recebeu alta com acompanhamento ambulatorial. Após sete meses, o paciente referiu nódulo ulcerado com crosta e móvel em região occipital esquerda do couro cabeludo. Após exérese da lesão e teste imuno-histoquímico, comprovou-se a hipótese de metástase de sarcoma epitelióide. A tomografia evidenciou nódulos pulmonares bilaterais também sugestivas de metástase. Paciente passou por quimioterapia. Nas tomografias de controle, foi observada progressão de doença, passando-se a quimioterapia de segunda linha, com regressão total das lesões. Está em seguimento ambulatorial há dois anos sem sinais de doença em atividade. Apesar de raro, o sarcoma peniano deve ser suspeitado nos casos de doença de manifestação atípica, devido a agressividade da lesão.

Palavras chave: Sarcoma, Tumor de Pênis, Penectomia Radical

IV CONGRESSO INTERNACIONAL
DE CIRURGIA GERAL

2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



SARCOMA GIGANTE DE PAREDE TORACICA: RELATO DE CASO E BREVE REVISAO DA LITERATURA

Fernando Feitosa Frota Reis, Juliana Tamires Geromel, Jéssica Cristina Percebon, Wagner Antunes Wilar, Sandro Namikawa, Marcelo Kassouf

Hospital Municipal Walter Ferrari

Tumores de paredes torácica são neoplasias raras que representam menos de 5% de todas as malignidades torácicas. O Sarcoma de tecidos moles da parede torácica (STM), apresenta-se comumente como massa de crescimento lento e indolor, representando 0,1-0,15% dos cânceres de parede torácica. O diagnóstico é comumente realizado após a manifestação algica por compressão nervosa do sitio da lesão ou abaulamento de parede torácica ou, ainda, pode apresentar-se como achado radiográfico em paciente assintomático em até 20% dos casos. Pela escassez de casos na literatura, o manejo terapêutico desse tipo de neoplasia ainda permanece uma controvérsia.

Obtido termo de consentimento livre e esclarecido do paciente e, em seguida, aprovação do comitê de ética local. Realizada revisão de prontuário e revisão da literatura. Paciente de 77 anos, sexo feminino, apresentando massa em região torácica esquerda há um ano. Referia aumento progressivo, dor local e perda ponderal. Lesão de 17 cm em seu maior diâmetro, em região de linha axilar esquerda, de aspecto ulcerado e friável. Paciente referia exérese de lesão em mesma região há 10 anos. À imagem, fino plano adiposo entre a lesão e a musculatura do arcabouço torácico. Optado por ressecção cirúrgica com margem e reconstrução com retalho cutâneo. Estudo anatomopatológico sugestivo de rabiomiossarcoma com margens livres. Paciente em seguimento ambulatorial há três anos sem sinais de nova recidiva. Em 2014, Bagheri et al. demonstraram que o STM apresenta-se, quando sintomático, em até 97,5% dos casos como uma massa palpável, sendo o diagnóstico realizado pela punção aspirativa ou biópsia. A investigação deve procurar metástases a distância e sinais de invasão de estruturas vitais. De acordo com McMillan et al., a probabilidade de recorrência da lesão apesar de sua ressecção, em um ano, chega a 23%, surgindo em média 11,6 meses após a cirurgia. No caso relatado, temos um caso de recidiva tumoral local após longo período de evolução em que o retalho cutâneo conseguiu, satisfatoriamente corrigir a área de ressecção sem evoluir com movimento torácico paradoxal ou demais complicações. Obtivemos, portanto, boa resposta a terapia cirúrgica isolada, sem necessidade de tratamento adjuvante e com bom resultado estético e funcional. Sugere-se acompanhamento de rotina com exame físico e tomografia computadorizada para a vigilância do tumor.



SERIE DE CASOS DE HAMARTOMA CÍSTICO RETRO-RETAL, DIAGNOSTICADOS E TRATADOS PELA EQUIPE DA CLINICA REIS NETO

Regina Greilberger, Antonio José Tibúrcio Alves Junior, Sergio Oliva Banci, Odorino H. Kagohara, José Alfredo Reis Junior, José Alfredo Reis Neto

Clínica Reis Neto

Hamartoma cístico retro-retal é uma lesão benigna congênita rara, incidência variando entre 1:40000 e 1:63000, de padrão geralmente multicístico, que acomete usualmente mulheres de meia idade. Acredita-se que essa alteração seja derivada dos remanescentes embrionários pós-anais do intestino (intestino posterior). O risco de malignidade do hamartoma cístico retro-retal é raro, tendo como principais padrões as neoplasias do tipo adenocarcinoma e tumores neuroendócrinos de diversos graus. Pacientes do sexo feminino, com idades entre 27 e 57 anos. Primeiro caso com queixa de secreção constante em região perianal, com histórico cirúrgico, há 3 anos, de abscesso na mesma localização, devido à tumor pré-sacral abaulando o reto. Segundo caso abordada previamente devido a cisto pilonidal infectado, retornando ao serviço com quadro séptico, coleção purulenta dissecando região paravertebral e glútea à esquerda, e sinais de osteomielite em osso cóccix, submetida à excisão completa da lesão e à coccectomia devido à osteomielite local. Terceiro e quarto casos apresentaram-se em consulta com queixa de tenesmo constante e dor ao evacuar, após exame de imagem foi submetida à cirurgia com excisão completa da lesão. Submetidas à ressonância magnética de pelve, com presença de tumoração retro-retal e abordagem cirúrgica posterior (Cirurgia de Kraske). O Hamartoma Cístico Retro-retal constitui uma lesão multicística congênita rara, que acontece quase que exclusivamente no espaço retro-retal. A grande maioria dos casos relatados é de mulheres de meia idade, especialmente entre a quarta e sexta década de vida. Aproximadamente metade dos tumores retroretais são lesões congênitas, sendo a maioria originada de cistos de desenvolvimento (cistos dermóides, cistos epidermóides, teratomas e "tailgut"), sendo o hamartoma cístico retro-retal o subtipo mais incomum. Clinicamente, os sintomas diferem de acordo com o tamanho do cisto e da presença de co-infecção. Diagnóstico compatível com hamartoma cístico ao estudo histopatológico. Ausência de sinais de malignidade nos materiais analisados, com conclusão diagnóstica de Hamartoma Cístico retro-retal (pré-sacral), associado a processo inflamatório crônico. As pacientes mantêm segmento em consultas periódicas, com boa evolução clínica, sem recidiva das lesões, sem incontinência fecal ou demais sequelas devido ao procedimento cirúrgico.

Palavras chave: Hamartoma; Sexo Feminino; Retro-Retal; Kraske.



SINDROME DE CUSHING ACTH INDEPENDENTE – RELATO DE CASO

Paulo Henrique Gratão Rezende, Guilherme Leonel Gomes Cunha, Pedro Ribeiro Rosa, Fernanda Gonçalves Marcondes, Dheyson Gomes Souza, Eduardo Crosara Gustin

Universidade Federal de Uberlândia

V.S.B., masculino, 27 anos, foi admitido no Hospital de Clínicas da UFU (HC-UFU) com aumento de volume nas regiões abdominal, torácica, cervical posterior, edema nos MMII bilateral, indolor e aumento da consistência e textura das auréolas das mamas. Após isso, evoluiu com ganho de 11 Kg até o momento da admissão, ginecomastia persistente, acnes em MMSS e face, estrias violáceas em flancos e fossas poplíteas. Ao exame de Abdome: semi-globoso, doloroso a palpação superficial e profunda em flanco direito. Diante do quadro, solicitou-se exames com os seguintes achados: Cortisol sanguíneo: 20,19 mcg/dL; hormônio adrenocorticotrófico (ACTH): <0,1. Ao exame de ultrassonografia de abdome, observou-se massa na região retroperitoneal à direita, com diâmetro de aproximadamente 15 cm ao sítio de suprarenal direita. Solicitada TC de abdome, que evidenciou massa com necrose e calcificação próximas ao rim direito, com acometimento hepático e múltiplos nódulos em ambos os pulmões, sugestivo de nódulo metastático, sendo indicada e realizada adrenalectomia laparotômica tradicional. Estudo realizado com base em pesquisa da base de dados PubMed com as seguintes palavras-chave: Síndrome de Cushing, Carcinoma Adrenocortical. O material utilizado foi o prontuário do paciente disponível no HC-UFU. Após o procedimento cirúrgico, aguarda-se o resultado de biópsia para futuro encaminhamento ao hospital oncológico. A Síndrome de Cushing (SC) é caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas provenientes de uma exposição crônica do organismo a níveis elevados de glicocorticoide, sendo o Carcinoma Adrenocortical (CA) uma das possíveis causas. O CA é responsável por 10% dos casos de SC. Eles possuem uma incidência anual de 0.5–2.0 casos por milhão de habitante, com expectativa de vida de 5 anos para 38% dos pacientes diagnosticados e acometem principalmente pacientes antes dos 5 anos e na 4^a-5^a décadas de vida. Os achados clínicos da SC se mostram resultantes do aumento de cortisol, como fácies cushingoide, gibosidade dorsal e supraclavicular, estrias cutâneas e fraqueza muscular proximal. Além disso, a investigação das dimensões do nódulo evidencia-se como significativo de CA (geralmente maior que 6 cm). Nesse sentido, os achados de ACTH <0,1 sugerem provável Carcinoma adrenocortical ACTH independente, confirmado pelo teste de supressão com dexametasona.

Palavras chave: Síndrome de Cushing, Carcinoma Adrenocortical

IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIRURGIA GERAL 2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



SINDROME DE FOURNIER DEVIDO A COLEPERITONEO : RELATO DE CASO

JOAO ANTONIO FERIANI NUNES, JOSIANE MARIA COSTA, NAZIR ELIAS CHALELA AYUB, GUILHERME BEOLCHI, KASSIM MOHAMEDE HUSSAIN, MONIZE ANDREA CAVASSANI

FAMERPI

A colecistectomia é amplamente utilizada em todo mundo devida à grande incidência de litíase vesicular sintomática ou não. O índice de complicações de colecistectomia seja aberta ou laparoscópica, variam em torno 1,6% a 6,8%. Apesar de pouco frequente, algumas podem representar situações nem sempre favoráveis do ponto de vista de correção cirúrgicas e de resultados após a reoperação. As fístulas biliares que constitui uma afecção presente na prática médico-cirúrgica, da colecistite, e o coleperitônio que pode ser decorrente do escape da ligadura do cístico ou lesão biliar extra-hepático, são umas das complicações apresentadas após a colecistectomia. Este trabalho tem como objetivo relatar as complicações pós colecistectomia em um paciente que evoluiu com fistula biliar, coleperitônio e abscesso testicular com síndrome de Fournier e descrever as condutas adotadas conforme as condições clínicas do paciente. Paciente masculino, 59 anos, internado para colecistectomia por colecistite subaguda + herniorrafia umbilical. O procedimento cirúrgico iniciou-se com videocolecistectomia, porém, durante o procedimento observou-se a vesícula biliar escleróatrófica e friável optando-se pela conversão para colecistectomia convencional. Houve a dissecação e isolamento com dificuldade de ducto cístico e artéria cística seguido de ligadura dupla dos mesmos, retirou a vesícula. Identificado pequeno orifício em colédoco, com saída de secreção biliar, ao lado do ducto cístico, realizado rafta de orifício supracitado e lavagem da cavidade. Introduzido dreno, seguido de fechamento dos planos. No pós operatório paciente apresentou quadro de febre, dor no flanco direito, edema de bolsa escrotal associada a eritema e dor importante. O dreno apresentou um débito de 750 ml de líquido amarronzado. Solicitado exames de imagem, que evidenciaram coleções abdominais e escrotais, aventando-se a hipótese de síndrome de Fournier. Realizado desbridamento cirúrgico, antibioticoterapia e acompanhamento clínico. As patologias da vesícula biliar, são rotinas no cotidiano do cirurgião. A colecistectomia é geralmente o tratamento de escolha, procedimento o qual não está isento de complicações. Devendo assim o médico atentar-se a elas e realizar um estrito acompanhamento pós operatório.



SINDROME DE GARDNER: RELATO DE CASO E REVISAO DA LITERATURA

Gilmar Felisberto Junior, Cláudio José Rubira, Larissa Pereira Vanin, Caio Vallim Monazzi

Universidade de Marília

A combinação de polipose adenomatosa familiar (PAF) e manifestações extracolônicas (MEC) é comumente referida como síndrome de Gardner, uma desorden rara, de caráter autossômico dominante. Estudo descritivo (relato de caso). Paciente de 56 anos, feminina, branca. Durante tratamento dentário em 2013 foi feita TC de maxila que mostrou múltiplos osteomas nos processos alveolares. Em maio de 2015, após um episódio de hematoquesia realizou colonoscopia que evidenciou dezenas de pólipos sésseis no cólon. O anatomopatológico mostrou adenoma papilo-tubular e displasia epitelial de alto grau sem indícios de invasão. Negou histórico familiar positivo para polipose e a quadro clínico fechou o diagnóstico da síndrome de Gardner. Foi feita uma colectomia total com anastomose término-lateral, íleo-retal. A paciente evoluiu bem e recebeu alta hospitalar com alteração do hábito intestinal para episódios de diarreia, cerca de 8 vezes/dia. Atualmente, a paciente continua com o padrão diarreico cerca de 3 a 4 vezes/dia. Videocolonosopia realizada em setembro de 2016 para seguimento apresentou-se sem alterações. Em fevereiro de 2017 foi realizado um PET-CT que mostrou área de hiper captação na tireoide (SUV 12,1). A biópsia do nódulo apontou-o como suspeito para carcinoma papilífero. Foi feita então, tireoidectomia total e iodo-terapia após a confirmação diagnóstica. Atualmente a paciente encontra-se em seguimento, assintomática. A síndrome foi descrita em 1912, caracterizando as manifestações extracolônicas da PAF. A incidência varia de 1:4000 à 1:12000. Durante a evolução, cerca de 15% dos indivíduos irão apresentar tumores desmóides, principalmente no abdome. Osteomas geralmente são assintomáticos e localizam-se na mandíbula, podendo ocorrer no crânio e ossos longos. Normalmente surgem durante a puberdade e precedem o desenvolvimento de sintomas intestinais. A polipose intestinal ocorre em qualquer parte do intestino, aparecendo de modo mais frequente antes da puberdade. Tende a se generalizar entre 20/40 anos e a degeneração maligna ocorre entre 10/15 anos após o aparecimento dos pólipos. Tão logo o diagnóstico seja feito, é fundamental realizar uma colonoscopia. O tratamento repousa na colectomia total e as manifestações extracolônicas são tratadas de acordo com os sintomas e localizações.

Palavras chave: Síndrome de Gardner, Polipose Adenomatosa do Colon

IV CONGRESSO INTERNACIONAL
DE CIRURGIA GERAL

2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



SINDROME DE KATARGER E PNEUMONIA DE REPETIÇÃO - RELATO DE CASO

Marcela Mara de Oliveira, Paolla Patrícia de Oliveira Lulho, Eliane Berton, Mariana Mary Murakami, Isabela Lúcio Galete, Cecília Leite Martins

UNIFEV

A Síndrome de Kartagener (SK), doença autossômica recessiva do subgrupo da Síndrome da Imobilidade Ciliar, é uma caracterizada por Situs Inversus (SI) com dextrocardia, bronquiectasias e sinusites crônicas. O quadro clínico envolve repetidas infecções no Trato Respiratório (TR), pólipos nasais, tosse produtiva, hemoptise, Pneumonia (PNM) e otite média crônica, além de eventual falência respiratória e cardíaca. A motilidade dos espermatozoides também é afetada levando à esterilidade. O diagnóstico é clínico e pode ter o auxílio de radiografia, microscopia da estrutura ciliar e exames como o teste da sacarina e do óxido nítrico exalado. O tratamento consiste em medidas gerais, uso de fluidificantes e mucolíticos, prevenção, tratamento de infecções e fisioterapia respiratória. Análise retrospectiva de prontuário de paciente atendida em pronto atendimento e consultório particular. Paciente, feminino, 44 anos atendido em pronto atendimento queixava-se de tosse e escarro há 7 dias, além disso, relata febre de 38°C com duração de 3 dias e melhora no uso de Paracetamol. A tosse, alternava-se em seca e produtiva com secreção amarelada. Revela ainda expectoração e nega hemoptise. De antecedentes pessoais relata retardo do desenvolvimento neuropsicomotor, bronquite desde o 7º dia de vida, para qual faz tratamento desde então, e PNM de repetição. No momento, faz uso de Depakene, Tegretol, Fluimucil e Amoxicilina. Foi solicitado Radiografia de Tórax- RT e diagnosticado PNM com prescrição de Amoxicilina e orientação para buscar especialista. No especialista paciente levou tomografia prévia na qual constatou-se SI totalis e velamento em lobo pulmonar médio. Ao exame físico geral paciente encontrava-se sem alterações, contudo apresentava tórax cifótico com murmúrio vesicular diminuído, roncos e sibilos difusos. Foi solicitado nova RT e espirometria além de orientações sobre a doença e retornos regulares. Com o progredir da doença o TR inferior é mais acometido podendo evoluir para como bronquiectasias, hipocratismo digital e déficit de crescimento. Já na vida adulta as manifestações são tosse produtiva, sinusopatia crônica e otite média de repetição, mesmo na ausência de SI. O prognóstico geralmente é satisfatório com expectativa de vida normal na maioria dos casos. No entanto, em casos de diagnóstico tardio ou de manifestação precoce (neonato) o prognóstico torna-se sombrio.

Palavras chave: Infecções Respiratórias, Situs Inversus, Infertilidade.

IV CONGRESSO INTERNACIONAL
DE CIRURGIA GERAL

2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



SINDROME DE MIRIZZI E TRATAMENTO VIA LAPAROSCOPIA: RELATO DE CASO

Pedro Ribeiro Rosa, Paulo Henrique Gratão Rezende, Carleno Silva Costa, Heitor Luiz Gomes, Andressa Assunção Pereira, Guilherme Leonel Gomes Cunha

Universidade Federal de Uberlândia

Paciente submetida à colecistectomia (CT) por videolaparoscopia (VL) e colangiografia intra-operatória (CIO), sendo identificado síndrome de Mirizzi (SM) durante o procedimento. Esta consiste na obstrução do ducto hepático comum ou do colédoco secundária à compressão extrínseca de cálculos do ducto cístico ou do infundíbulo da vesícula. Relato de caso de paciente do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU), em que dados foram obtidos por meio da análise do prontuário. Paciente M.P.O., 66 anos, deu entrada no Pronto Socorro com história de colelitíase há 2 anos e queixa de dor intensa em andar superior do abdome associada a náuseas e vômitos. Ao exame físico, dor à palpação de hipocôndrio direito, negou febre, colúria, icterícia ou acolia fecal. Exames laboratoriais confirmaram pancreatite aguda biliar, ultrassonografia de abdome mostrou litíase biliar. Após 7 dias de internação, foi submetida a CT por VL com CIO. O achado intra-operatório foi de aderências e fistula puntiforme entre duodeno e vesícula biliar, a qual apresentava-se escleroatrófica, contendo em seu interior cálculo de 2,5 cm (SM tipo Va - Classificação de Csendes modificada); fistula entre vesícula biliar e ducto hepático comum e cálculo coledociano de aproximadamente 0,5 cm na porção distal. Realizada colecistectomia por videolaparoscopia com extração de cálculo do colédoco, rafia de fistula duodenal e de fistula em ducto hepático com posicionamento de dreno de Kehr. No 11º dia de pós-operatório, foi realizada colangiografia, observando apenas dilatação discreta de vias biliares intra-hepáticas, sem imagens sugestivas de cálculos residuais ou estenoses. Nova colangiografia realizada no 53º dia sem alterações, com paciente, após 3 meses, apresentando-se com avaliação clínico-laboratorial normal. SM é complicação da colelitíase de longa data, com incidência de 0,05 a 4% e prevalência em mulheres de meia idade. A importância do reconhecimento da SM deriva do alto risco de lesões do ducto biliar durante os procedimentos cirúrgicos e à dificuldade do diagnóstico pré-operatório, devendo tratamento ser realizado com cautela, evitando iatrogenias. Assim, surge questionamento sobre melhor via de abordagem cirúrgica. Apesar de ser causa de conversão cirúrgica, quando as condições locais forem apropriadas, pode-se empregar CT laparoscópica no tratamento da SM.

Palavras chave: Síndrome de Mirizzi; Laparoscopia; Colelitíase; Colecistectomia;

IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIRURGIA GERAL 2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



SINDROME SUNCT E A IMPORTANCIA DE TRATAMENTOS ESPECIFICOS

João Vitor Mortari Lisboa

Universidade de Araraquara

A síndrome SUNCT (cefaleia de curta duração, unilateral, neuralgiforme com hiperemia conjuntival e lacrimejal) se caracteriza como cefaleia por dor unilateral do trigêmeo, associada a sintomas autônomos cranianos ipsilaterais, como lacrimejamento e injeção conjuntival. Tais sintomas autonômicos geralmente se iniciam logo após o começo da dor, podendo causar também obstrução nasal e rinorréia. Acomete principalmente indivíduos entre 41 e 70, sendo mais comum em homens. Dor com frequência bastante variável, podendo ocorrer desde uma crise por dia e 10-30 crises por hora, revelando o importante comprometimento na qualidade de vida do paciente. Foram avaliados 25 artigos e textos literários, extraídos de bases de dados como PubMed e ScienceDirect, analisados sistematicamente, buscando a compreensão e atualização em diagnóstico e tratamento da Síndrome SUNCT. A Síndrome de SUNCT apresenta uma ativação da área postero-inferior do hipotálamo ipsilateral a dor, alteração igual à encontrada na cefaleia em salvas, como também uma ativação hipotalâmica bilateral. Tais características indicam que a síndrome tem origem central. Apresenta como principal diagnóstico diferencial a neuralgia do primeiro ramo do nervo trigêmeo, sendo a principal diferença a severidade dos sintomas autonômicos, podendo estar presentes na neuralgia do trigêmeo, mas mais tênues. Esta cefaleia é cursa com dor unilateral, orbitária, supra-orbitária ou temporal, podendo ser em pontada ou pulsátil, com duração de 5-240 segundos. A dor se inicia comumente após manobras mecânicas do pescoço e através de zonas de gatilho em topografias trigeminais e extra-trigeminais. O manejo terapêutico deve ser escolhido individualmente e de forma bastante cuidadosa, pois a síndrome tem alta chance de refratariedade. Dentre as opções de terapia pode ser optado pelo manejo clínico, sendo a Gabapentina uma boa opção, ou pelo tratamento cirúrgico, com o uso bloqueio local do gânglio cervical superior com opióide. O conhecimento sobre a Síndrome de SUNCT se mostra importante para um diagnóstico preciso, ajudando a reduzir o subdiagnóstico, e possibilitando o uso de terapias mais efetivas para a melhora da qualidade de vida do paciente.

Palavras chave: Síndrome SUNCT, Cefaleia, Sintomas Autônomos.

IV CONGRESSO INTERNACIONAL
DE CIRURGIA GERAL

2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto/SP



SUBOCLUSÃO INTESTINAL POR ENDOMETRIOSE EM ÍLEO DISTAL

Sandrine Silva Miranda, Sérgio Martins de Miranda, Mariana da Cruz Campos, Samuel Gama Veneziano

FACERESI

A endometriose é definida como tecido endometrial fora do útero. O intestino delgado é envolvido em 0,5 a 7% dos casos e a obstrução completa ocorre menos de 1%. Relato de caso pautado em revisão bibliográfica. Mulher de 43 anos, G2P2A0, com dor abdominal periumbilical, em cólicas pós-prandiais há 50 dias e piora com irradiação difusa no abdome, acompanhado de náuseas e vômitos sem restos alimentares bem definidos, com alívio das dores após vomitar. Refere diminuição do número de evacuações e consegue eliminar flatos. Nega febre e sangramentos digestivos. Emagrecimento de 10 kg nesse período. Antecedentes pessoais e familiares irrelevantes. Ao exame físico, abdome distendido, ausculta de timbre metálico, doloroso difusamente à palpação profunda, sem irritação peritoneal ou massas palpáveis. Toque retal normal. Há 30 dias realizou endoscopia digestiva alta, ultrassonografia (USG) e tomografia de abdome, sem achados específicos. A radiografia abdominal apresentou padrão suboclusivo intestinal a nível de delgado. Optou-se por laparotomia exploradora convencional cujo achado foi lesão estenótica numular do íleo distal a 10 cm do ceco com dilatação a montante, realizado ressecção do segmento. Cólon e pelve sem lesões macroscópicas. O exame histopatológico revelou endometriose com reação estenótica inflamatória. O comprometimento do íleo associa-se à dor devido suboclusão por processo inflamatório fibrótico ou aderências entre alças ou destas às estruturas vizinhas. A infiltração endometriótica localiza na maior concentração de nervos, com invasão neural/perineural em 53% dos casos. O diagnóstico é difícil devido sintomatologia inespecífica. A tríade clássica dismenorreia, dispareunia e infertilidade nem sempre se manifesta. A USG pélvica, enema baritado e colonoscopia auxiliam na investigação, sendo laparoscopia padrão ouro e a confirmação de endometriose é histológica. Sempre que diagnosticado realizar ressecção cirúrgica do segmento de alça acometido, evitando possíveis complicações. Há relato de rotura de íleo em paciente tratando com agonista de GnRH e caso de ascite sanguinolenta com choque hipovolêmico. A ressecção completa do tecido apresenta baixa taxa de morbidade e recidiva. Na ausência de atingimento de outros órgãos não necessita tratamento adicional. A endometriose ileal é rara e deve ser suscitado em mulheres em idade fértil com quadro de obstrutivo.

Palavras chave: Endometriose; Obstrução; Suboclusão Intestinal

IV CONGRESSO INTERNACIONAL
DE CIRURGIA GERAL

2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



TIREOIDE ECTOPICA MEDIASTINAL ANTERIOR – RELATO DE CASO E REVISAO DA LITERATURA

Ricardo Machado Nacarato, Marcelo da Silva Pereira Fernandes, Victor Milani Lopes, Henrique Nietmann, Celso Murilo de Nalio Faria, Francisco de Assis Cury

FAMERP

A ocorrência de tecido tireoidiano ectópico é uma aberração rara. Entre os doentes com hipotireoidismo, estima-se que a incidência de tireoide ectópica seja de 1/4.000 a 1/8.000. A prevalência de tecido tireoidiano ectópico varia de 7 – 10%. Quando ocorre, localiza-se ao longo de uma linha que segue a via descendente de migração do primórdio da tireoide desde o foramen caecum até a sua localização pré-traqueal. O desenvolvimento de tecido tireoidiano ectópico pode ocorrer em qualquer momento da migração da tireoide, resultando em ectopia lingual, sublingual, pre-laringea e subesternal (mediastino). A etiologia não é totalmente conhecida, porém as mutações no fator de transcrição da tireoide, nos genes PAX8 e no gene do receptor do TSH (hormônio estimulante da tireoide) foram implicados numa minoria de pacientes com digenesia da tireoide. Paciente feminina, 48 anos, negra, encaminhada ao serviço de cirurgia torácica do Hospital de Base de São José do Rio Preto, com quadro de tosse seca e dispneia aos médios esforços, com piora ao decúbito dorsal e edema de membros inferiores. Nega perda ponderal associada ao quadro clínico. Dos antecedentes patológicos, destaca-se pós-operatório há 08 anos de bócio mergulhante de tireoide, hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo 2. Ao exame físico apresentava-se consciente, orientada, corada e hidratada; sem cianose; sem exantemas e adenopatias. Peso 95 kg e estatura de 1,60 m – IMC – 37,10 kg/m². TSH 0,034 mUI/L, T4 livre 1,52 ng/dl. Ressonância nuclear magnética de Tórax relata; 1 – extensa massa com sinal heterogêneo no mediastino anterior medindo 14 cm x 6,6 cm com calcificações internas e componente gorduroso. Paciente foi submetida a cirurgia – toracotomia com incisão por esternotomia. Visualizada massa compressiva sobre pericárdio com maior volume a direita promovendo compressão de átrio direito e veia cava superior. Realizada a exereses de lesão encapsulada, pesando 500 g e encaminhada a anatomia patológica que evidenciou - 1 - Bocio tireoidiano multinodular mergulhante. A ectopia de tireoide é rara, e a localização no mediastino anterior é excepcional. A maioria dos doentes com tireoide ectópica são eutireoidianos e assintomáticos, mas podem surgir sintomas obstrutivos ou por compressão, sobretudo do trato respiratório, digestivo superior, cardiovascular, hipotireoidismo e muito mais raramente hipertireoidismo.

Palavras chave: Tumores do Mediastino Anterior, Tireoide Ectopica Mediastinal, Tsh, Hipotireoidismo.

IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIRURGIA GERAL 2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA VERSUS RESSONANCIA MAGNETICA EM PACIENTES COM TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR DIRECIONADOS PARA CIRURGIA

Pedro Nogarotto Cembraneli, João Simão de melo Neto, Fabiana de Campos Gomes, Waldir Antioio Tognola, Dionei Freitas Moraes

FACERES

O exame por imagem é fundamental para direcionar o tratamento em pacientes com traumatismo raquimedular (TRM), permitindo um diagnóstico mais preciso das lesões. O objetivo deste trabalho é analisar a aplicabilidade dos exames por imagem, tomografia computadorizada (TC) versus ressonância magnética (RM) isolados, em pacientes com TRM direcionados para tratamento cirúrgico. Estudo retrospectivo com levantamento de dados de prontuários realizado em hospital terciário. Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa institucional, nº. 4823/2009. Foram estudados 137 pacientes direcionados na avaliação inicial para realizar TC (n=69) ou RM (n=68). Durante a análise estatística foram utilizados os seguintes testes: teste t não-pareado (diferença entre a idade), teste de Mann-Whitney (dias de internação), e Odds Ratio (OR) com intervalo de confiança (IC) (nível de associação entre as variáveis). Observou-se que pacientes mais envelhecidos foram direcionados para realização da RM (TC: 37 ± 17 anos versus RM: 44 ± 19 anos, $p=0,036$). Quanto à etiologia, acidente automobilístico foi duas vezes mais associado ao encaminhamento para RM (OR: 2,032, IC: 1,009-4,091). Pacientes com quadro clínico de tetraplegia (OR: 3,189, IC: 1,234-8,240) foram associados à RM, enquanto a dorsalgia (OR: 4,830, IC: 1,522-15,328) e a lombalgia (OR: 10,05, IC: 1,236-81,715) foram a TC. O diagnóstico de TRM na cervical inferior (C3-C7) foi aproximadamente três vezes mais associado ao uso de RM (OR: 3,463, IC: 1,762-6,806), enquanto a TC foi associada ao diagnóstico na transição toracolombar (T11-L2) (OR: 3,757, IC: 1,682-8,389). Na TC observou-se a presença da lesão morfológica fratura explosão (OR: 2,718, IC: 1,290-5,727), enquanto listese (OR: 2,778, IC: 1,159-6,655) foi associada a diagnóstico por RM. Pacientes que realizaram TC foram direcionados para tratamento com artrodese posterior (OR: 3,913, IC: 1,925-7,954), enquanto os submetidos a RM foram encaminhados para artrodese anterior (OR: 5,543, IC: 2,656-11,570). O tempo de permanência hospitalar foi maior em pacientes que realizaram RM ($p=0,005$) e estes pacientes apresentaram três vezes mais pneumonia no pós-operatório (OR: 3,482, IC: 1,063-11,411). A aplicabilidade dos exames isolados descrita possibilita investimentos em prevenção, reabilitação e tratamento.

Palavras chave: Lesões da Medula Espinhal; Fusão Espinhal; Fraturas da Coluna Vertebral; Traumatologia; Imagem de Ressonância Magnética; Tomografia Computadorizada; Cirurgia.



TORÇÃO ANEXIAL INTRAUTERO: RELATO DE CASO

Tatiane Cristina Oliveira Gigek, Rafael Baldissera Cardoso, Juliana Pascon dos Santos, Ricardo de Argollo Haber

Universidade de Marília

A torção anexial resulta da rotação completa ou parcial do ovário, da trompa ou ambos, nos suportes ligamentares, seguida de comprometimento vascular. Deve ser sempre diagnóstico diferencial no abdome agudo. Em geral há dor à palpação hipogástrica uni ou bilateral. O diagnóstico é bem definido pela ultrassonografia, sendo o achado mais comum o aumento de volume ovariano e achados frequentemente associados são ascite, obliteração dos planos adiposos adjacentes ou mesmo ovário aumentado e deslocado de sua posição habitual. O seu diagnóstico precoce pode manter a viabilidade do ovário acometido. No início a torção compromete drenagem linfática e venosa levando a edema e aumento do volume do ovário torcido, compromete a circulação arterial resultando assim em trombose, isquemia e infarto hemorrágico. Em crianças pode ocorrer em razão da excessiva mobilidade dos anexos e em adultos são causadas por tumores e cistos foliculares ou de corpo lúteo. S.G.A. 10 dias de vida, encaminhada ao serviço de Cirurgia Pediátrica pela detecção de massa em ultrassonografia de abdome total. Assintomática, apenas apresentavam massa em flanco direito. A impressão diagnóstica da ultrassonografia era de um cisto unilocular em região anexial em abdome inferior direito, permitindo diferencial entre cisto de etiologia ovariana e mais remotamente cisto de duplicação entérico. Realizada laparotomia exploratória, foi encontrado torção de ovário com necrose extensa impedindo fluxo arterial à direita, que rompeu-se durante ooforectomia ipsilateral. À esquerda foram encontrados múltiplos cistos contendo líquido transparente, drenados no ato cirúrgico. A torção anexial não é comum na faixa etária pediátrica, sua incidência é de 3% na população geral. O seu diagnóstico tardio pode provocar a perda dos anexos e evolução para infertilidade. O tratamento é a ooforectomia, principalmente se a necrose for evidente, já que o ovário necrótico libera fenômenos embólicos após a distorção e pode ser sede de tumor. No caso relatado a grande extensão da necrose e o grande volume ovariano direito foram os achados que levaram a ooforectomia a direita. O diagnóstico de torção anexial é raro e deve ser sempre lembrado diante de sinais e sintomas de abdome agudo e dor pélvica. A agilidade do tratamento seja cirúrgico, ou não implica na viabilidade do órgão acometido e nas complicações.

Palavras chave: Torção Anexial; Intraútero



TRATAMENTO CONSERVADOR DE FISTULA ENTEROCUTANEA POS RECONSTRUÇÃO DE TRANSITO INTESTINAL E CORREÇÃO DE HERNIA INCISIONAL

Thaís Nunes Vargas, Sayra Rayane Titoto Labre, Norrara Amanda Teles Martins, Conjeto Luiz da Silva Neto, Fernanda Melo Prata Mendonça

Centro Educacional Unievangelica

Fístulas gastrointestinais são perfurações através das quais ocorre drenagem de conteúdo digestivo. A morbidade e mortalidade se associam à perda de líquidos e ao desequilíbrio eletrolítico, infecção, sepse e desnutrição. As fístulas pós-operatórias representam mais de 90% de todas as fístulas intestinais e estão quase sempre relacionadas com alguma das principais complicações da cirurgia do aparelho digestivo. A maioria dos estudos mostra uma taxa de mortalidade de 3 a 30%. Fístulas de alto débito com presença de infecção requerem intervenção cirúrgica. Revisão bibliográfica e relato de caso de fístula enterocutânea de alto débito com abscesso intracavitário tratada conservadoramente. Paciente RFS, masculino, 46 anos com antecedente de complicações gastrointestinais no pós-operatório de apendicectomia há um ano, sendo realizadas diversas reabordagens cirúrgicas, permanecendo em uso de colostomia durante esse período. Deu entrada na Santa Casa de Misericórdia, para procedimento cirúrgico eletivo de reconstrução de trânsito intestinal e correção de hérnia incisional. No ato operatório foi realizada enterectomia com entero-colo anastomose e colocação de tela supra-aponeurótica para tratamento da hérnia incisional. No 4º dia pós operatório evoluiu com saída de secreção de aspecto fecaloide por orifício de colostomia prévia, com aumento progressivo de quantidade. Tomografia computadorizada (TC) de abdome demonstrou coleção intra-cavitária, sendo feito diagnóstico de fístula enterocutânea e abscesso intracavitário. Paciente com boa evolução clínica, sem sinais de sepse, sendo optado por tratamento conservador com antibioticoterapia e nutrição parenteral total. Recebe alta no 23º dia pós-operatório com TC de controle sem evidências de coleções e sem sinais aparentes de fístula. Em geral 90 a 95% das fístulas terão resolução espontânea. A existência de infecção intra-abdominal é o fator que mais compromete o prognóstico, nessa condição a cirurgia precoce é fundamental para reduzir mortalidade. Neste caso, apesar da evidência de coleção intracavitária, devido à boa evolução clínica e ausência de sinais de sepse, foi optado por manutenção do tratamento com antibioticoterapia e nutrição parenteral total sendo observada resposta satisfatória diante do mesmo.

Palavras chave: Fístula, Cirurgia, Complicação Pós-Operatória



TRATAMENTO DE EMERGENCIA NO PACIENTE COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICOSA

MunIQUE Louise Santana Souza, Marina PIRIS Marangoni

FACERES

A hemorragia digestiva alta (HDA) pode ser dividida nas formas varicosa e não-varicosa. A forma varicosa apresenta-se em 25% dos casos através de varizes esofágicas e tem como principal causa a hipertensão portal, definida pelo aumento do gradiente de pressão venosa hepática > 5 mmHg. Quando presente, pode apresentar uma evolução autolimitada em 80% dos casos, o que não diminui sua importância, pois pode evoluir mal e levar ao óbito. Por esse motivo, estudiosos buscam discutir e atualizar diretrizes para o tratamento de tal anormalidade. Revisão bibliográfica nas plataformas da Scielo, Pubmed e Lilacs, no período de 2013 a 2017, com os descritores: portal hypertension, esophageal and gastric varices, variceal bleeding, urgency treatment, pharmacological treatment, endoscopic treatment e review article. O tratamento emergencial visa principalmente a preservação do equilíbrio hemodinâmico e a prevenção das complicações por meio de drogas vasoativas, antibióticos e terapia endoscópica. Estudos mostraram que a combinação de drogas vasoativas e terapia endoscópica em adição à profilaxia com antibióticos (desde admissão), teve sucesso no controle do sangramento em 85 a 90% dos casos. Atualmente, terlipressina é a droga recomendada em razão de promover um efetivo controle do sangramento, diminuir necessidade transfusão e, conseqüentemente a mortalidade. O corte menos restritivo no valor da hemoglobina (< 9 g/dL) para transfusão sanguínea durante a ressuscitação volêmica pode aumentar a mortalidade, sendo esta menor quando usa-se hemoglobina < 7 g/dL. O uso precoce da derivação intra-hepática portossistêmica transjugular (TIPS) reduziu o risco de ressangramento e aumentou a sobrevida, quando realizado em pacientes com falência do tratamento inicial nas primeiras 24 a 48 h da admissão do paciente. Apesar disso, a mortalidade com o uso do TIPS continua alta (40%). Nas últimas décadas, foi observada redução importante na mortalidade dos pacientes com sangramento varicoso de 43% para 14%. Acredita-se que essa melhora esteja relacionada a abordagem sistematizada multidisciplinar na assistência médica, desde o atendimento pré-hospitalar à sala de emergência e à unidade de terapia intensiva.

Palavras chave: Hemorragia digestiva Alta; Hipertensão Portal; Varizes Esofágicas; Protocolo de Baveno

IV CONGRESSO INTERNACIONAL
DE CIRURGIA GERAL

2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



TRATAMENTO DE LESÃO RENAL GRAU IV COM CATETER DUPLO J: RELATO DE CASO

Isabela Ribeiro Bigliassi, Gustavo Netto Damasceno, Rogério Yukio Morioka, Paulo César Espada, Carlos Dario da Silva Costa

O rim está envolvido em aproximadamente 10% dos traumatismos abdominais. Seu diagnóstico deve ser feito através da investigação da cinemática do trauma, de um exame físico minucioso e do uso de exames complementares. A conduta está relacionada com o grau da lesão e com a condição hemodinâmica do paciente. Lesões de graus IV e V são vistas em apenas 5% dos traumas renais e necessitam eventualmente de tratamento cirúrgico.

Revisão de prontuário e literatura. Masculino, 23 anos, vítima de trauma contuso em flanco esquerdo durante partida de futebol, chega à emergência do Hospital Beneficência Portuguesa de São José do Rio Preto devido dor em flanco esquerdo de forte intensidade, refratária ao uso de analgésicos. Ao exame inicial, apresentava-se hemodinamicamente normal, com dor difusa a palpação abdominal, sem sinais de peritonite, no entanto. Em tomografia computadorizada com contraste de abdômen foi identificada lesão em rim esquerdo grau IV, com aparente lesão de sistema coletor e retardo na excreção do contraste por este mesmo rim, sem aparente lesão do ureter ipsilateral. Optou-se, então, pela condução com passagem de cateter duplo J e observação em Unidade de Terapia Intensiva. Exames laboratoriais de entrada mostravam lactato de 2,6 mmol/L, coagulograma e hemograma sem alterações, creatinina de 1,5 mg/dL. Por manter estabilidade hemodinâmica, manutenção dos níveis da série vermelha do sangue, queda do lactato e da creatinina, o paciente teve alta para enfermaria no 5º dia de internação hospitalar (DIH). Recebeu alta hospitalar no 7º DIH, assintomático, com programação de retorno para acompanhamento ambulatorial. A conduta conservadora no trauma renal contuso pode ser considerada como regra em pacientes hemodinamicamente estáveis, mesmo em lesões que acometem o ducto coletor. O tratamento das lesões ureterais relaciona-se à topografia e extensão da lesão. Lesões puntiformes, angulações ureterais e transecções parciais podem ser conduzidas em caráter definitivo ou temporário apenas com cateter ureteral (duplo J). Existem poucas indicações absolutas para exploração cirúrgica no trauma renal, sendo que 98% das lesões renais podem ser tratadas conservadoramente. O principal indicador cirúrgico é a presença ou não de instabilidade hemodinâmica associada. Palavras chave: trauma; lesão; rim; cateter.

IV CONGRESSO INTERNACIONAL
DE CIRURGIA GERAL

2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



TRATAMENTO NÃO OPERATÓRIO EM LESÃO HEPÁTICA E RENAL POR TRAUMA CONTUSO: RELATO DE CASO.

Mayara Botelho Carletto, Ana Theresa Oliveira Rosa, Matheus Querino Da Silva, Carlos Dario Da Silva Costa, Rogério Yukio Morioka, Paulo César Espada

FACERESI

Lesões renais e hepáticas por trauma correspondem a cerca de 10% e 40% das lesões viscerais em traumas abdominais, respectivamente. A maioria das lesões hepáticas é decorrente de trauma contuso após acidentes de transporte. Nestes casos, o tratamento não operatório (TNO) tem se tornado o tratamento de escolha, desde que o paciente esteja hemodinamicamente estável. O uso da tomografia computadorizada (TC) propicia o TNO das lesões hepáticas e renais, diminuindo a necessidade de cirurgia exploradora e a incidência de laparotomias não terapêuticas. OBJETIVO: Relatar um caso de TNO de lesão hepática e renal por trauma contuso. MÉTODOS: Estudo retrospectivo de prontuário e revisão da literatura. RELATO: Masculino, 24 anos, vítima de colisão automobilística, dá entrada na emergência do Hospital Beneficência Portuguesa de São José do Rio Preto com queixa de hematúria e dor abdominal. Mantendo estabilidade hemodinâmica, foi realizada TC de abdômen com contraste que evidenciou lesão hepática grau IV (segmentos IV, V, VI e VIII) e lesão em rim direito grau II. Optado por TNO com observação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), monitorização da diurese com sonda vesical de três vias com irrigação contínua e antibioticoprofilaxia para vias urinárias. Sem apresentar queda da série vermelha, instabilidade hemodinâmica e com melhora significativa da dor abdominal e da hematúria, recebe alta para a enfermaria no 4º dia de internação hospitalar (DIH). Já sem sonda vesical, assintomático, recebe alta hospitalar no 5º DIH. CONCLUSÃO: Embora o TNO tenha se tornado o tratamento de escolha para lesões hepáticas e/ou renais oriundas de trauma contuso, para que este seja factível é imprescindível à graduação da lesão por tomografia computadorizada, disponibilidade de equipe cirúrgica em tempo integral, disponibilidade de transfusão sanguínea, observação e monitorização rigorosa em leito de UTI, com repouso no leito e coleta seriada de exames laboratoriais. O caso relatado teve êxito com o TNO, pois todos esses quesitos foram preenchidos, o que corrobora os dados mais recentes da literatura acerca do tema em questão.

Palavras-chave: Traumas abdominais; Lesões Hepáticas e Renais; Tratamento Não Operatório.

IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIRURGIA GERAL 2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



TRAUMAS NO TRANSITO: PERFIL DOS ACIDENTES, DOS ATENDIMENTOS E DOS DESFECHOS DE INTERNADOS EM UM HOSPITAL DE URGENCIA E EMERGENCIA NO PERIODO DE 2011 A 2015.

Marcelo Silva Pinheiro, Ilma Ferreira Oliveira, Kalleu Leonardo Antão, Fernando Henrique Oliveira Santa Maria, Lúcio Waner Torres Carvalho, Alan Blendo Bonfim Correia

UNCISAL

O Brasil apresenta uns dos maiores índices de acidente de trânsito dentre os países subdesenvolvidos, registrando cerca de 45 mil pessoas mortas por ano, evidenciando uma das principais causas de morte no país. Destarte, analisar o percurso destas ocorrências com base no atendimento de um hospital de urgência e emergência caracteriza-se condição sine qua non para futuros avanços neste meio. Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, Longitudinal e retrospectivo, por meio de análise dos prontuários dos pacientes internados em um Hospital de urgência e emergência, as variáveis estudadas foram: hora e local da ocorrência, Meio de locomoção até o hospital, idade, sexo, raça/etnia, escolaridade, escala de coma de Glasgow, tipo de conduta adotada, região corporal afetada e evolução do paciente. Foram coletados dados sobre 17.252 atendimentos por trauma, sendo que 36,5% (6.313) destes atendimentos foram devido a acidente de trânsito, sendo este o objeto de estudo. Verificou-se que a faixa etária mais acometida está entre 20 e 39 anos representando a maior parcela de número de vítimas com 53,74%. O sexo masculino prevaleceu com 82,41%, predominando com 40,07% o horário entre as 18h00min e 23h59min. Quando avaliado o Glasgow no primeiro atendimento intra-hospitalar observou-se traumatismo crânio encefálico (TCE) grave com 6%, leve 65,85%, moderado 3,69% e não informados 24,45%. Dentre as regiões do corpo mais atingidas, destacam-se os membros inferiores 35,3%, cabeça e pescoço 24,2%. Considerando todos os pacientes, vítimas de acidentes de trânsito 50,59% realizaram procedimento cirúrgico e 7,5% foram a óbito. O presente estudo evidenciou que adulto jovem do sexo masculino são fatores de risco para acidentes de trânsito. Observou-se que o horário mais prevalente foi entre as 18h00min e 23h59min e que pouco mais da metade dos pacientes internados foram submetidos a algum tipo de procedimentos cirúrgico. Sendo assim, evidencia-se a importância dessa pesquisa, visto sua contribuição para novas estratégias e implementações de prevenção de riscos. Considerando que, para que as políticas públicas de prevenção e promoção sejam realmente efetivas é necessário que sua realidade local seja estudada.

Palavras chave: Avaliação, Vítimas, Traumas, Acidente de Trânsito.

IV CONGRESSO INTERNACIONAL
DE CIRURGIA GERAL

2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



TROMBOSE DE SEIO CAVERNOSO-RELATO DE CASO

Hugo Contatore Fracasso, Joao Gabriel Romero Braga, Romulo Bizare Dos Santos, Lara Maria Perozin, Flavio Augusto Barroso, Ricardo Alessandro Teixeira Gonsaga

FAMECA

A trombose séptica do seio cavernoso é uma complicação encefálica decorrente de infecções faciais ou cranianas como sinusites, otites, infecções odontogênicas, oftalmológicas, entre outras. Apesar de rara, apresenta grande importância devido ao alto percentual de óbitos e seqüelas. O.R.C, 54 anos, deu entrada no serviço de urgência com queixa de edema, hiperemia e dor retrorbitária à Direita, com 15 dias de evolução e piora progressiva. Apresentando ao exame físico Hiperemia conjuntival à direita, edema e rubor periorbitário à direita. Feito diagnóstico clínico de celulite periorbitária, paciente foi internado em regime de antibioticoterapia parenteral. Evoluiu com piora clínica, resultando em aumento do edema conjuntival, hiperemia e hiperplasia conjuntival de olho D, apesar da melhora clínica do processo infeccioso/inflamatório periorbitário. Realizado TC de crânio e seios da face que não evidenciou alterações. Optou-se então por realizar Ressonância nuclear magnética de órbitas e Venorressonância encefálica, onde constatou-se Ingurgitamento da veia oftálmica superior direita, com realce irregular pelo meio de contraste paramagnético endovenoso do seio cavernoso ipsilateral, podendo representar trombose. Foi instituído tratamento clínico com Xarelto, decadron, hidantal, vancomicina e meropenem em regime de internação hospitalar, obtendo-se melhora clínica. Paciente liberado para o hospital-dia com a finalidade de realizar o restante do tratamento, obtendo remissão completa dos sintomas. Discussão: A TSSC possui apresentação clínica conhecida, porém trata-se de um desafio médico pois o diagnóstico é dificultado pela semelhança com outras infecções, sendo a celulite orbitária a mais comum, como o caso exposto neste artigo. É necessário alto nível de suspeição, equipe treinada e exames complementares específicos para o diagnóstico. O prognóstico é diretamente influenciado pelo tratamento precoce adequado. Após a suspeita clínica, solicitamos exames de imagem para confirmação diagnóstica, sendo o exame de escolha a ressonância nuclear magnética (RNM), seguida da angiorressonância de crânio. Conclusão: Atualmente, com o uso dos antibióticos, a taxa de mortalidade é de aproximadamente 20%. Mais da metade dos sobreviventes apresentam algum déficit residual, sendo estes severos em cerca de 13%.



TUMOR DE BUSCHKE-LOWESTEIN- RELATO DE CASO

Joao Gabriel Romero Braga, Hugo Contatore Fracasso, Romulo Bizare dos Santos, Cassio Alfred Cantao, Lara Maria Perozin, Flavio Augusto Barroso

FAMECA

Tumor de Buschke-Lowestein(TBL) foi descrito inicialmente em 1925. Localiza-se principalmente em região genital e perianal.HPV foi identificado na gênese da lesão e o HIV é o fator de risco mais comum. Relato de Caso: Masculino, 35 anos, portador de HIV em tratamento regular com terapia antirretroviral (TARV). Deu entrada com lesão verrucosa ulcerada em região perianal de 10 cm. RNM abdome inferior evidenciou lesão expansiva exofítica em relação ao canal anal, medindo 8,6x7,5x5,7cm, com sinais de envolvimento do esfíncter anal interno, ultrapassando seus limites e sendo contida pelos músculos elevadores do ânus. Sem evidências de linfoadenopatias.Optado pelo tratamento cirúrgico com exérese do Condiloma perianal em bloco, até o canal anal, confecção de Colostomia em alça e reconstrução com retalho em VY. O anatomo-patológico evidenciou Condiloma viral acuminado ulcerado, sem malignidade. Paciente submetido a procedimento cirúrgico, sem recidiva da lesão até o momento. Discussão: O condiloma de Buschke-Lowenstein é raro, apesar de características histológicas benignas, tem um grande potencial de malignização, não se sabe exatamente qual fator é desencadeante da transformação do condiloma benigno para o TBL . Os sintomas mais comuns são massa perianal (47%), dor (32%), abscesso perianal ou fístula (32%) e sangramento (18%). Nota-se que a principal queixa que levou o paciente a procurar nosso serviço foi a massa perineal ulcerada. Invasão local e recorrência local são a principal fonte de morbidade nessa doença, isso faz com que a excisão cirúrgica completa com margens de segurança, seja o tratamento de escolha. Apesar da alta taxa de recidiva até o momento o paciente não desenvolveu novas lesões perineais, porém deve-se enfatizar que devemos realizar acompanhamento regular devido às recorrências frequentes e possíveis metástases a distância.[8] Terapias ablativas, como crioterapia, eletrocauterização, ressecção simples e laser de CO₂ , são eficazes em curto prazo; porém, a taxa de recorrência após essas terapias pode ser elevada.Nao há evidências para recomendar radioterapia, quimioterapia ou interferon como monoterapia. Conclusão: trata-se de patologia rara, comentando principalmente imunodeprimidos e o tratamento indicado é a exereese completa. A literatura consiste principalmente de relatos de caso e há déficit de estudos controlados.

IV CONGRESSO INTERNACIONAL
DE CIRURGIA GERAL

2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



TUMOR DE KLATSKIN IIIB - RELATO DE CASO

Nycolle Arantes Torres Carvalho, Pedro Vitor Oliveira Freitas Rego, Rodolpho Cesar Oliveira Mellem Kairala, Carolina Farinasse Mariola, Fernanda Birolli Martins, Carolina Folini

Universidade Brasil

Colangiocarcinomas são formas incomuns de neoplasia gastrointestinal, cuja incidência varia de 0,01% a 0,8%. Os tumores de Klatskin são colangiocarcinomas hilares originados na bifurcação do ducto hepático principal. A clínica é principalmente icterícia obstrutiva, dor abdominal em hipocôndrio direito e perda de peso. Os principais fatores de risco são: cirrose, colangite esclerosante primária, coledocolitíase crônica, adenoma ductal, papilomatose biliar, doença de Caroli, cisto de colédoco e infestação parasitária biliar, contudo, a maioria dos pacientes permanece com etiologia desconhecida. A letalidade é alta e a ressecção cirúrgica é o tratamento de escolha, porém, a maioria é diagnosticada em estágios avançados envolvendo estruturas adjacentes e, por conseguinte, irresssecáveis, ficando como única alternativa o tratamento paliativo. Relato de caso: Masculino, 61 anos, etilista e tabagista de longa data, procurou atendimento médico com queixa e dor abdominal há 1 associado a icterícia há 6 dias e colúria há 10 dias. Solicitada internação hospitalar e exames que evidenciaram: Bilirrubina total 19,7mg/dL; Bilirrubina direta 14,7mg/dL; USG de abdome: vesícula biliar murcha e dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas, sem outras alterações. Solicitada tomografia de abdome: provável lesão sólida na cabeça do pâncreas, vesícula biliar não visualizada, dilatação das vias biliares intra-hepáticas, compatível com tumor de Klatskin IIIB. Quadro sem indicação de tratamento cirúrgico curativo, paciente foi encaminhado para serviço de referência para tratamento paliativo. Tratamento curativo do Tumor de Klatskin ainda se apresenta de maneira restrita devido à dificuldade de se realizar diagnóstico precoce. Exames que avaliam o perfil hepático auxiliam no diagnóstico, os níveis de CEA estão muito elevados, porém é um marcador inespecífico, métodos de imagem como USG abdominal e tomografia computadorizada podem ser úteis para a confirmação da suspeita. A ressecção cirúrgica curativa é a mais eficaz, porém depende das condições clínicas do paciente e estadiamento do tumor. Devido ao diagnóstico tardio, na maioria dos casos, o tratamento cirúrgico tem fim paliativo. Para amenizar os quadros algícos, é indicada alcoolização esplâncnica com álcool 50% durante o procedimento cirúrgico, com o intuito de reduzir a necessidade de narcóticos

Palavras chave: Klatskin, IIIB, Colangiocarcinoma



TUMOR DE OVARIO GIGANTE

Luciano Ipólito Branquinho, Byanca Rossetti Moreira dos Santos, Larissa Sawaris Neto, João Pedro Teixeira Basmage, Flávio Renato de Almeida Senefonte

Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul

Cisto ovariano é um problema ginecológico comum, o mesmo é dividido em duas categorias principais, fisiológico (cistos foliculares e lúteos) e patológico. Os patológicos são considerados como tumores ovarianos. Os cistoadenomas serosos representam 30% deles e podem ser divididos em benignos, borderline e malignos. Dentro dessa classe cerca de 75% são benignos ou malignidade limítrofe e apenas 25% malignos. Relato de caso de tumor de ovário atípico. D.G.A, 14 anos, natural de Aquidauana, procedente de Campo Grande, indígena, admitida no Pronto Socorro do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul com queixa de tumoração abdominal de crescimento progressivo há 1 ano. Inicialmente a massa era localizada em hipogástrio, com crescimento progressivo até região epigástrica. Há um mês apresentando dor abdominal difusa e vômitos pós alimentares. Paciente previamente hígida, nega cirurgias prévias, menarca há três anos. Realizado Tomografia Computadorizada do Abdomen, evidenciando tumoração sólida de provável origem anexial esquerda. Submetida a laparotomia exploradora, incisão mediana xifopúbica. Observado tumoração ocupando todo abdome, sem aderência a estruturas vizinhas. Realizado exérese do mesmo, preservando ovário esquerdo. A peça cirúrgica media 26x25x14cm e pesava 4100g. Onde se evidenciou no anatomopatológico cistoadenoma seroso. Recebeu alta no segundo dia de pós operatório, sem queixas. Em acompanhamento ambulatorial. A incidência do tumor de ovário se encontra na faixa etária de 20 a 50 anos, sendo assim a paciente D.G.A. apresenta um caso incomum. Porém a possibilidade diagnóstica de um tumor maligno de ovário deve ser considerada sempre na presença de uma massa anexial. Principalmente quando há achados sugestivos de malignidade, tais como a paciente apresentava: dor abdominal, aumento do volume abdominal, grande massa anexial. Contrapondo com os achados, a paciente não possui fatores de risco para tumor maligno, como idade menor que 50 anos e sem histórico familiar de câncer. O cistoadenoma seroso pode criar problemas devido ao seu crescimento rápido e as grandes dimensões que podem atingir, comprometendo os órgãos abdominais, gerando forte dor e muito desconforto, como no caso relatado. A cirurgia convencional, por meio de laparotomia mediana ampla, como foi feito na paciente, ainda constitui o padrão-ouro para casos em que o tumor alcança grandes dimensões.

Palavras chave:Cistadenoma Seroso. Neoplasias Ovarianas.



TUMOR DE SCHWANNOMA EM LOCALIZAÇÃO RETROPERITONEAL- RELATO DE CASO

Ayder Anselmo Gomes Vivi, Leônidas Lopes Azevedo, Gabriel Marques Coelho, Poliana Fioravante Romualdo, Matheus Ferreira Goncalves

Faculdades Integradas Padre Albinol

Os Tumores de Schwannomas são tumores primitivos dos nervos, normalmente solitários, encapsulados, sendo maioria benignos e raros. Relato de caso associado à revisão da literatura científica a partir de artigos publicados sobre o tema. Paciente com suspeita de sarcoma de partes moles com posterior diagnóstico de Schwannoma em região retroperitoneal obtido através de resultado anatomopatológico da peça cirúrgica. O tumor de Schwannoma deve ser lembrado em todo paciente a fim de evitar a demora no diagnóstico e retardo no tratamento da patologia, apesar do mesmo ser de difícil diagnóstico no pré-operatório.

Palavras chave: Schwannoma Tumor Oncologia Cirurgia

IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIRURGIA GERAL 2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



TUMOR GASTROINTESTINAL ESTROMAL (GIST): RELATO DE CASO

Eumildo de Campos Júnior, Edmar Neto Toscano de Britto, Andrés Menacho Abularach, Gabriela Leopoldino da Silva, Nazir Elías Chalela Ayub, Luciano Beltrão Pereira

FAMERP/FUNFAMERP

Os tumores estromais gastrointestinais (na sigla, em inglês, “GIST” Gastrointestinal stromal tumors) são o tipo mais comum de neoplasias estromais ou mesenquimatosas do trato gastrointestinal. É uma doença rara, com uma incidência nos Estados Unidos de sete a vinte casos por milhão de habitantes. A localização mais comum desses tumores é o estômago e a porção proximal do intestino delgado, porém podem aparecer em qualquer porção do trato gastrointestinal, incluindo o omento, mesentério e peritônio. Relatar o caso de um paciente com GIST, expondo o tratamento cirúrgico do mesmo. Paciente E.A.G., sexo feminino, 70 anos, encaminhada ao ambulatório de esôfago e estômago do HB de SJRP, após achado incidental de massa gástrica, em tomografia computadorizada de abdome. Em exame, visualizada massa gástrica de 48 x 36 milímetros (mm), pedunculada, de localização parietal na pequena curvatura, com densidade de partes moles e focos de calcificação. Em interrogatório clínico, paciente apresentava queixas de plenitude pós-prandial e náuseas associadas, de longa data. Realizado estadiamento pré-operatório, não sendo encontradas invasão local ou disseminação a distância do tumor. Em intraoperatório, foi evidenciado massa pediculada na parede posterior do corpo gástrico, de aproximadamente, cinco centímetros em seu maior eixo, sendo realizada ressecção atípica com grampeador linear em sua base, com meio centímetro de margem. Paciente apresentou boa evolução em pós-operatório, recebendo alta hospitalar após três dias, com orientações de acompanhamento ambulatorial. O estudo anatomopatológico da peça confirmou a presença de GIST com margens cirúrgicas livres, estadiamento patológico pT2, subtipo fusocelular, com baixo grau histológico e índice mitótico 2/50. O resultado da análise imunohistoquímica revelou CD117 (c-kit) positivo, CD34 positivo e AML positivo focal. A ressecção do tumor primário é o tratamento de escolha na doença localizada, sendo potencialmente curativa, porém a recorrência é comum. Os principais fatores prognósticos independentes são: tamanho do tumor, índice mitótico e integridade da cápsula do tumor. O seguinte relato apresentou um caso de GIST com prognóstico favorável. Obtivemos com o caso relatado e a revisão da literatura uma melhor caracterização dos sinais e sintomas, bem como do tratamento cirúrgico proposto.

Palavras Chave: Tumor Gastrointestinal Estromal, GIST, Neoplasia Gástrica, Ressecção em Cunha,



TUMOR NEUROENDOCRINO APENDICULAR EM PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

Naína Lima Silveira, Sthefânia Mendonça Frizol, Ana Cláudia Fernandes Azarias, Chrystyan Magno de Jesus Siqueira, Danielle Lemes Dutra, Philippe Bügner

Santa Casa de Misericórdia de Franca/ UNIFRAN

Os tumores malignos do apêndice cecal são doenças raras, podendo variar quanto ao seu tipo histológico. Os tumores neuroendócrinos são um dos tipos histológicos e apresentam prevalência de 0,5% dentre neoplasias em geral, sendo mais comuns os gastrointestinais, acometendo em geral mulheres a partir da segunda década de vida e raro na população pediátrica. O apêndice é o segundo local mais acometido, e tem caráter benigno na maior parte dos casos, sendo raros os casos malignos. O diagnóstico é realizado através do anatomopatológico. E o seu tratamento, quando não há metástases, é basicamente a apendicectomia. O caso descrito despertou o interesse devido a raridade dessa neoplasia maligna acometer a população pediátrica. O objetivo do trabalho é revisar a literatura e descrever o caso clínico de um paciente com quadro clássico de apendicite aguda, em que foi instituído tratamento cirúrgico e o material analisado evidenciou um tumor neuroendócrino bem diferenciado com anticorpos positivos. As informações foram coletadas na Enfermaria de Cirurgia Geral da Santa Casa de Misericórdia de Franca e revisado prontuário do paciente após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelo responsável, sendo mantido sigilo, privacidade e confidencialidade dos dados coletados. O levantamento bibliográfico foi realizado através dos bancos de dados Scielo, Pubmed e Lilacs. Paciente foi admitido no Pronto Atendimento com quadro sugestivo de apendicite aguda, submetido à laparotomia exploradora com apendicectomia, que resultou no laudo anatomopatológico de tumor neuroendócrino apendicular bem diferenciado, medindo 0,5cm, localizado em ápice apendicular, infiltrando camada muscular própria. O paciente foi encaminhado para acompanhamento no Hospital do Câncer de Franca. O paciente relatado apresenta-se fora da faixa etária e gênero predominante para este tipo de tumor, no entanto, isto não acarretou impacto no diagnóstico e tratamento, dada a apresentação sugestiva de apendicite aguda e posterior apendicectomia com diagnóstico pelo anatomo-patológico. Logo, apesar de relativamente rara, esta neoplasia deve ter seu tratamento, e mais importante, seu seguimento conhecidos pelo médico responsável, uma vez que tanto o estadiamento, o tratamento e o seguimento estão bem estabelecidos na literatura mundial e trazem consigo um bom prognóstico quando tratados precocemente.

Palavras chave: Apêndice; Apendicite Aguda; Tumores Neuroendócrinos; Tumor Carcinoide

IV CONGRESSO INTERNACIONAL
DE CIRURGIA GERAL

2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



TUMOR NEUROENDÓCRINO DO APÊNDICE CECAL EM IDOSO: CASO CLÍNICO.

Gerson Silva Ximendes, Flávia Ferrari, Matheus Bartelli Bernardi, Mariana Ferreira Fernandes

Universidade do Oeste Paulista

O tumor neuroendócrino do apêndice ileocecal surge com uma incidência estimada na literatura de 0,15/100.000/ano, mais frequentemente no sexo feminino, na faixa etária dos 40-50 anos. Geralmente, são diagnosticados incidentalmente após apendicectomias, estimando-se que existam cerca de 3 casos em cada 1000 apendicectomias. Assim os tumores neuroendócrinos do apêndice ileocecal não se apresentam com clínica específica, estando habitualmente associados a um quadro de apendicite aguda. A associação com a síndrome carcinóide é extremamente rara. É certo o envolvimento de fatores genéticos na etiologia. Na classificação histológica existem 3 tipos mais frequentes na literatura: adenocarcinoma, carcinóide e adenocarcinóide. Procedeu-se à análise do prontuário do paciente portador de tumor neuroendócrinos de apêndice tratados no Hospital Regional de Presidente Prudente no ano de 2017. Esse paciente foi analisado quanto a apresentação clínica e cirúrgica. Foram verificados os dados demográficos e o tratamento cirúrgico utilizado. Paciente do sexo masculino, 72 anos, raça parda, recorreu ao Hospital Regional de Prudente, com queixa de vômito e diarreia durante dez dias, com dor abdominal difusa, diurese em sonda, inapetência, emagrecimento, fraqueza, negando febre e outros sintomas. Ao exame físico apresentava com regular aspecto geral, no qual foi submetido aos exames de imagens, em seguida foi submetido laparotomia exploradora com suspeita de apendicite aguda. Foi ainda realizado hemicolectomia a direita com apendicectomia e anastomose ilio-transverso, após verificado outras alterações durante a laparotomia exploradora. Portanto, definiu-se o diagnóstico de Carcinoma Neuroendócrino de Alto Grau do Apêndice Cecal junto análise patológica. Evoluiu após processo cirúrgico, estável hemodinamicamente, com abdome plano e indolor a palpação, sem queixas com melhoras do quadro. Os critérios de estadiamento e tratamento utilizados foram os propostos da European Neuroendocrine Tumor Society (ENETS). Os tumores neuroendócrinos do apêndice cecal são relativamente raros e o prognóstico é geralmente favorável. Os critérios propostos pela ENETS constituem atualmente guidelines de grande utilidade no estadiamento e tratamento desta patologia. A cirurgia constitui a principal modalidade de tratamento, com intuito curativo, quando a doença é considerada localizada e ressecável.

IV CONGRESSO INTERNACIONAL
DE CIRURGIA GERAL

2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



TUMOR NEUROENDOCRINO DE BAIXO GRAU O (TUMOR CARCINOIDE) DO APÊNDICE CECAL

Eduardo Sônego Toledo, José Mauricio Caldeira Filho, Edson Garcia Fontes, Aline Patricia Soares Dias Souza, Murilo Assis Silva

Santa Casa de Misericórdia de São José Do Rio Preto

Neoplasia malignas de apêndice cecal são raras, com incidência de 1-2 casos por 100.000 habitantes. Apresentam-se como carcinóides, adenocarcinomas ou adenocarcinóides. O diagnóstico é realizado geralmente pelo patologista devida a sua clínica inespecífica, estando indicada hemicolectomia direita complementar para melhora de sobrevida. Revisão de prontuário: R.S.S., 22 anos, masculino, atendido na Santa Casa de Misericórdia de São José do Rio Preto com dor abdominal há um dia, difusa, em pontada, intensidade 8/10, que se localizou em fossa ilíaca direita, melhora ao decúbito lateral direito e uso de escopolamina e tramadol. Ao exame físico: bom estado geral, corado, hidratado, acianótico, anictérico. Sinais vitais sem alterações. Abdome plano, ruído hidroaéreo presente, flácido, doloroso a palpação de fossa ilíaca direita, com descompressão brusca negativa. Antecedentes pessoais: tabagismo e etilismo. Realizada internação com ceftriaxona sódica 2g/dia e analgesia. Apresentava leucocitose e exame de urina 1 normal. Ultrassonografia abdominal pequena quantidade de líquido livre. Apêndice não visualizado. Evoluiu na manhã seguinte, com piora de dor, refratária a analgesia, corroborando com o diagnóstico de apendicite aguda. Optado por tratamento cirúrgico. Macroscopia: pequena quantidade de líquido livre na cavidade, secreção purulenta e apêndice grau IV. Enviado material para análise anatomo-patológica. Pós operatório sem intercorrências. Alta hospitalar dois dias após a intervenção cirúrgica com antibioticoterapia e retorno em 10 dias. Resultado anátomo patológico: Apendicite aguda supurada. Neoplasia neuroendócrina de baixo grau, localizado na extremidade distal do apêndice (tumor carcinoide), retirado com margens, sem atipias. Estadiamento (pTNM): pT1. Após diagnóstico do tumor, foi encaminhado à serviço de oncologia para realizar hemicolectomia direita eletiva. Tumores carcinóides de apêndice cecal são raros, de difícil diagnóstico e indicação terapêutica diretamente relacionada às suas características evidenciadas pelo estudo anatomopatológico. Este estudo reitera a importância do segmento pós operatório e acompanhamento rigoroso do produto enviado a patologia, pois tumores carcinóides de apêndice cecal geralmente não apresentam a clássica de síndrome carcinoide, podendo influenciar diretamente na sobrevida do paciente.

Palavras chave: Apendicite; Tumor Carcinóide de Apêndice Cecal

IV CONGRESSO INTERNACIONAL
DE CIRURGIA GERAL

2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



ÚLCERA GÁSTRICA PERFURADA: UM RELATO DE CASO

Daniela Franco Hilario, Gregor Gonçalves Paris, Juliana Oliveira De Miranda, Raquel Lima Rodolfo, Louise Gonçalves Paris, Gil da Costa Gomes

UWV

Úlcera péptica perfurada é uma emergência cirúrgica com altas taxas de morbimortalidade. Apresenta-se como abdome agudo com peritonite e tem um alto risco de desenvolvimento de sepse e morte. Alguns dos fatores de risco para perfuração são presença de *Helicobacter pylori*, uso de anti-inflamatórios não esteroidais, alcoolismo e tabagismo. Realizou-se revisão bibliográfica nas bases de dados digitais Pubmed e Uptodate. Os artigos encontrados foram comparados ao relato de caso apresentado. Relato de caso: Paciente masculino, 50 anos, etilista e tabagismo crônico, deu entrada no hospital com dor supramesocólica súbita de forte intensidade e vômitos há 1 dia. Ao exame físico apresentava-se lúcido, orientado, corado, hidratado, cianótico e anictérico, com abdome tenso e doloroso em epigástrico e hipocôndrios direito e esquerdo. Foi realizado sintomáticos e solicitado uma radiografia de tórax que evidenciou um pneumoperitônio à direita. Foi realizada uma laparotomia exploratória que constatou a presença de uma úlcera gástrica de 3 mm, com extravasamento de líquido para a cavidade abdominal. Foi realizada a gastroscopia da úlcera e lavagem da cavidade abdominal. Após a cirurgia o paciente evoluiu bem e recebeu alta no 6º dia de pós-operatório. O manejo de casos de úlcera péptica perfurada deve ser a realização de endoscopia em até 24 horas da admissão, seguida de estabilização hemodinâmica. Após o diagnóstico endoscópico, é recomendado a realização da terapia por essa mesma via caso a úlcera apresente-se com sangramento ativo ou vaso visível. A cirurgia apenas é preferível quando há falha no controle do sangramento através de outras terapias e esta pode ser também indicada se recorrência do sangramento, dependendo das comorbidades do paciente. A endoscopia é essencial no diagnóstico de emergência da úlcera perfurada, reduzindo ressangramento, cirurgia e mortalidade. Porém, na indisponibilidade do procedimento ou na falha em identificar a úlcera perfurada, a laparotomia exploratória é recomendada e frequentemente realizada nos departamentos de emergência. No caso supracitado não foi realizada a endoscopia, que seria o procedimento mais indicado, por indisponibilidade da mesma para emergência. Entretanto, a cirurgia proporcionou resolução do quadro e alta hospitalar por melhora do paciente, sendo então, bem sucedida.

Palavras chave: Sangramento Gastrointestinal, Úlcera Péptica Sangrante.



UM CASO RARO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA, MACIÇA E RECORRENTE EM PACIENTE BARIÁTRICO

Diego Rodrigo Dametto, Roberto Lazilha Faleiros, Nazir Elias Chalela Ayub, Shinhiti Morita, Thiago Siveri, Gilberto Borges Brito

FAMERPI

A incidência de hemorragia digestiva alta (HDA) é de 0,16% na população e inúmeras são as causas (1,4), sendo algumas raras e de difícil diagnóstico. Pacientes bariátricos apresentam maiores dificuldades diagnósticas pela impossibilidade de acesso ao foco de sangramento por endoscopia digestiva alta (EDA). Nesse contexto, arteriografia e cintilografia com hemácias marcadas são ferramentas úteis na investigação etiológica complementar (1,2). O tratamento é feito clinicamente com estabilização hemodinâmica, drogas específicas e EDA. Em casos selecionados, o tratamento cirúrgico se faz necessário (1). Relato de caso baseado na análise de prontuário médico e revisão de literatura. Relato de caso de paciente pós-bariátrica com história prévia de trombose de cava tratada que evoluiu com HDA, submetida a duas laparotomias até o diagnóstico de varizes duodenais. A avaliação inicial da HDA objetiva a estabilidade hemodinâmica e investigação etiológica, sendo a EDA o exame de escolha (1-4). Nos paciente submetidos a derivações intestinais o exame é dificultado pela mudança na anatomia do trato digestivo e mesmo lançando mão de outros métodos diagnósticos, a causa pode não ser encontrada (2). Uma paciente obesa mórbida e com história prévia de trombose de veia cava inferior foi submetida em 2006 à Bypass Gástrico em Y-de-Roux (BGYR) após excluído trombofilia. Em 2013, apresentou 1º episódio de HDA, com necessidade de transfusão maciça. Investigação com EDA, colonoscopia e arteriografia não evidenciaram a causa, porém o sangramento cessou espontaneamente. Em 2015, após cirurgia revisional, evoluiu com nova HDA. EDA evidenciou úlcera jejunal atribuída a trauma pela pinça grasper durante cirurgia. Em 2016 dois novos episódios de HDA maciça se sucederam, sendo que o primeiro apresentou cintilografia positiva em estômago excluído corrigido em laparotomia exploradora (LE). No 2º, após EDA, colonoscopia e arteriografia normais, realizou-se cintilografia que apontou sangramento em hipocôndrio direito. Nova LE foi realizada e, finalmente, a causa dos sangramentos foi revelada: varizes retro-duodenais em conexão com intra-duodenais secundária à trombose de veia cava previamente tratada. Esse achado, apesar de raro, levanta um alerta para diagnósticos etiológicos diferenciais de HDA em pacientes submetidos à cirurgias modificadoras do trânsito intestinal.

Palavras chave: Hemorragia Digestiva Alta, Cirurgia Bariátrica, Varizes Duodenais.

IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIRURGIA GERAL 2017

FAMERP/FUNFARME
CLUBE BENEDICTO MONTENEGRO - CBC

CURSO DE ACESSO À VIA AÉREA

14 e 15 de setembro de 2017

Local: Anfiteatro da FAMERP | São José do Rio Preto, SP



USO DE PROTESE BILIAR EM COLANGIOPANCREATOCARCINOMA INTRAHEPÁTICO IRRESSECÁVEL: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

Sthefânia Mendonça Frizol, Ana Cláudia Fernandes Azarias, Náina Lima Silveira, Chrystyan Magno de Jesus Siqueira, Cristina Helena Teologides Marcon Frassão, Phillippe Bügner

Santa Casa de Misericórdia de Franca / UNIFRAN

Tumores originados nas células epiteliais dos condutos biliares são denominados colangiocarcinomas. São raros, representando menos de 2% dos cânceres malignos, mais incidentes em homens, principalmente, após a sexta década de vida. As neoplasias que ocorrem na confluência dos ductos (perihilares) são mais comuns sendo responsáveis por 60-70% dos casos e recebem o nome específico de tumor de Klatskin. Os avanços em exames de imagem e nas técnicas cirúrgicas têm aumentado a sobrevivência dos pacientes nos últimos anos e aventado uma expectativa de possibilidade de uma cura. No entanto, ainda são poucos os pacientes que possuem critérios para tratamento. O caso descrito despertou o interesse devido a sua raridade e decorrente à melhora clínica e laboratorial frente à intervenção paliativa de drenagem biliar endoscópica associada à quimioterapia. O objetivo do trabalho é revisar a literatura e descrever o caso clínico de um paciente com icterícia colestática à esclarecer em que foi diagnosticado tumor de Klatskin e instituído tratamento paliativo através da colangiopancreatografia retrógrada endoscópica com a colocação de prótese biliar. As informações foram coletadas na Enfermaria de Cirurgia Geral da Santa Casa de Misericórdia de Franca e revisado prontuário da paciente após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, sendo mantido sigilo, privacidade e confidencialidade dos dados coletados. O levantamento bibliográfico foi realizado através dos bancos de dados Scielo, Pubmed e Lilacs. O paciente foi atendido no Pronto Atendimento da Santa Casa de Misericórdia de Franca com síndrome colestática, sendo diagnosticado colangiocarcinoma Bismut IIIA. O tratamento cirúrgico não foi instituído devido a presença de metástases retroperitoneais, tornando-o irressecável. A drenagem biliar endoscópica foi realizada como terapia paliativa e proposto quimioterapia após a alta hospitalar. Tumores da árvore biliar são relativamente incomuns. O diagnóstico do colangiocarcinoma é difícil e mesmo com todos os avanços da medicina, ainda são necessários estudos para melhor caracterizá-lo. É importante ter em mente que ele é um essencial diagnóstico diferencial da icterícia com padrão colestático e que se o tratamento em grande parte das vezes será apenas paliativo, devido ao diagnóstico tardio, deixando muitas vezes os pacientes um prognóstico bastante reservado.

Palavras chave: Colangiocarcinoma, Klatskin, Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica, Prótese Biliar.



VIDEOTORACOSCOPIA SOB SEDAÇÃO ENDOVENOSA E BLOQUEIO INFILTRATIVO NA ABORDAGEM DAS DOENÇAS PLEURAIAS – ANÁLISE CASUÍSTICA EM HOSPITAL ESCOLA

Ricardo Machado Nacarato, Víctor Milani Lopes, Marcelo Pereira Fernandes, Isaac F Rodrigues, Celso Murilo De Nalio Faria, Francisco De Assis Cury

Famerp / Hospital De Base

A toracoscopia iniciou com o suíço Hans-Christian Jacobeus ao utilizar um cistoscópio para estudar a cavidade pleural em 1912. O auge veio na década 90, com o progresso da cirurgia minimamente invasiva e a experimentação da VATS (Vídeo assisted thoracic surgery). Em 1994 surgiu o termo “toracoscopia médica” que se tornou sinônimo de “pleuroscopia”, e consagrou-se como procedimento diagnóstico e terapêutico, sendo hoje o segundo procedimento endoscópico mais importante na medicina respiratória (atrás apenas da broncoscopia). Um importante aspecto que interfere na eficácia do procedimento sob sedação é a tolerância do paciente, particularmente em crianças e pacientes oncológicos, habitualmente com performance status (PS) reduzido, sendo o objetivo principal a segurança e estabilidade durante o ato cirúrgico para o paciente. Foi realizada uma análise retrospectiva das videotoracoscopias para diagnóstico e tratamento das doenças pleurais com sedação e analgesia multimodal realizada no Hospital de Base/FAMERP no período de fevereiro de 2013 a outubro de 2016, avaliando suas principais indicações, perfil populacional dos pacientes, complicações e evolução pós-operatória até a retirada do dreno.

Durante o procedimento, os pacientes mantiveram-se monitorizados, incisão na pele, inserção dos trocateres e durante realização biópsia pleural. Os pacientes foram estratificados de acordo com classificação ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) e indicações cirúrgicas. Foram realizadas sedação conforme parâmetros clínicos e comorbidades de cada paciente sendo que a anestesia infiltrativa como padrão no serviço de Cirurgia Torácica o uso de Ropivacaína em concentração 0.20%, por ter início de efeito moderado, penetração tecidual moderada e duração de efeito longa. Dos 40 pacientes com ECOG 0, 1 e 2; 11 (27,5%) apresentaram quedas de PA, FC e saturação. Dos 8 pacientes ECOG 3 e 4; 4 (50%) tiveram alterações nos sinais vitais fora dos parâmetros considerados seguros. O resultado demonstra que o método é seguro baseando-se na realização de procedimentos simples (limpeza, biópsia, pleurodese por talcagem). Conclui-se que o método é seguro, com aplicabilidade do ECOG, para a realização de procedimentos simples no espaço pleural em associação a sedação e bloqueio infiltrativo, o que determina a segurança da cirurgia, sem viés de escolha de pacientes.

Palavras chave: Videotoracoscopia, Doenças Pleurais, Dreno de Tórax, Ecog (Eastern Cooperative Oncology Group), Sedação Endovenosa, Bloqueio Infiltrativo.



VIVÊNCIAS DO “PROJETO PRIMEIROS PASSOS EM CIRURGIA”: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Maria Carolina Garbelini, Juliana Viana Câmara, Samer Majid Ghadie, Luiz Henrique Bernardinelli Lopes, Samira Dias dos Passos, Flávio Renato de Almeida Senefonte

Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul

Segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina do Ministério da Educação, o estudante deve saber realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos necessários para o atendimento ambulatorial e de urgências e emergências. Em se tratando do ensino das habilidades cirúrgicas, os recursos educativos auxiliares são moldes e uso responsável de animais, de modo que as práticas no centro cirúrgico são reservadas aos acadêmicos do quinto e sexto ano. Nesse contexto, a inserção de estudantes do terceiro ano no centro cirúrgico contribui para aprimoramento das habilidades cirúrgicas. O trabalho visa apresentar a experiência do projeto de ensino “PRIMEIROS PASSOS EM CIRURGIA” o qual facilita a inserção dos acadêmicos de medicina da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS) no centro cirúrgico. Relato de experiência a cerca do projeto “PRIMEIROS PASSOS EM CIRURGIA”. Durante o primeiro semestre de implantação do projeto, os acadêmicos do terceiro ano de medicina da UEMS puderam participar cerca de seis horas, voluntariamente, de pelo menos uma cirurgia. Esses vivenciaram e auxiliaram em procedimentos cirúrgicos como colecistectomia, apendicectomia, herniorrafia, amputações, desbridamentos e através dessa experiência foi possível discutir questões inerentes ao campo de prática, conhecer documentos médicos de anestesia e registro geral de operações, ampliar a capacidade de trabalhar em equipe e evoluir nos conhecimentos das habilidades cirúrgicas. Além disso, favoreceu a troca de experiências entre médicos, residentes e acadêmicos e o preparo destes para o futuro internato. O projeto fomenta uma formação sólida nos campos teórico e prático, viabilizando a inserção do estudante no centro cirúrgico e oferece a oportunidade de participação efetiva na prática real de uma equipe cirúrgica.

Palavras chave: Educação Médica; Projeto de Ensino; Cirurgia Geral.